Communiquer le dossier médical

Direction
des affaires juridiques

Communiquer le dossier médical

2014



Communiquer
le dossier **médical**



Ce guide a été rédigé au sein de la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP par

- **Gabrielle Baylocq**
- **Hylda Dubarry**
- **Marc Dupont**
- **Sabrina Ikdoumi**
- **Yannick Métayer**
- **Audrey Volpe**

Remerciements à Patrice Guérin, Sylvie Lachize-Cuvellier, Mihaela Matei, Marjorie Obadia, Magalie Richard-Piauger (AP-HP), ainsi qu'à Anne Debeaumont et Thomas Van den Heuvel (Agence de la biomédecine), pour leur relecture.

EAN : 9782912248862

Conception graphique : Corinne Benabdallah et Gwen Rouvillois du studio graphique de la Direction de la communication - Avenue Victoria - 75004 Paris
Couverture crédit photo AP-HP/François Marin

[SOMMAIRE]

- Les numéros d'appels de note renvoient aux notes situées à la fin de chacun des chapitres.

AVANT-PROPOS

Un dossier médical est constitué dans les établissements de santé pour chaque patient hospitalisé. Ce dossier doit être considéré, à côté du dossier administratif du patient, comme une composante du « dossier du patient »[1] . Comprenant des pièces de nature différente, variables selon le parcours du patient, il constitue un support d'information essentiel pour le suivi médical individuel et pour l'évaluation des soins.

Nombreux sont ceux qui, pour des raisons qui leur sont propres, souhaitent en avoir communication.

En premier lieu, les patients. Cette communication leur est souvent nécessaire pour poursuivre leur traitement dans les meilleures conditions, sans rupture, auprès d'un autre médecin, d'une autre équipe médicale. Ils peuvent ainsi, également, s'assurer des informations qui leur ont été données sur leur état de santé et les soins dispensés. Permettre qu'ils y parviennent sans difficulté, en toutes circonstances, dans le respect du secret professionnel, a été un objectif majeur de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

De même, les ayants droit du patient décédé sollicitent parfois l'accès au dossier médical, généralement pour connaître des causes exactes du décès. Certaines autorités et organismes voient aussi dans le dossier médical un document leur permettant, selon les buts qu'ils poursuivent, de mener une expertise, de réunir des informations et des preuves, ou encore d'effectuer des études ou des contrôles de qualité.

Enfin, le dossier médical constitue bien entendu pour les professionnels hospitaliers l'instrument d'une bonne conduite des soins à l'hôpital : il retrace en effet le parcours thérapeutique du patient et contribue à la cohérence de sa prise en charge. La bonne tenue du dossier et son accessibilité au sein de l'hôpital sont des conditions souvent indispensables pour que les décisions médicales soient pertinentes. Elles permettent en outre d'éviter les investigations redondantes.

Cette énumération n'est pas limitative. La médicalisation de notre société, l'exigence d'information des patients, la professionnalisation croissante des pratiques font aujourd'hui du dossier médical un outil central du processus de soins. Il le sera d'autant plus que l'organisation des soins sera constituée en un parcours coordonné.

L'hôpital est le dépositaire du dossier médical. Il ne détient sur les dossiers médicaux aucun droit d'usage exclusif. Il faut plutôt voir dans cette fonction – établir un dossier et le conserver dans les meilleures conditions, pour mieux le rendre disponible tout en garantissant sa confidentialité – une responsabilité qui s'inscrit dans la démarche de qualité attendue de nos établissements.

Le présent guide a pour objet de préciser aux professionnels de l'hôpital, aux usagers et à leurs représentants, les règles qui s'imposent aujourd'hui en la matière. L'enjeu est d'assurer concrètement le droit du patient à l'accès aux informations médicales et de sécuriser juridiquement les modalités de leur communication.

Le droit d'accéder à son dossier n'est en réalité qu'un mode de mise en œuvre d'un droit du patient plus général, consacré par la loi du 4 mars 2002 : celui d'être informé en toute transparence sur son état de santé[2].

Ceci avait été particulièrement bien formulé par l'ANAES dans ses recommandations de bonne pratique :

« Même si le droit à l'accès aux informations concernant sa santé permet effectivement à une personne d'être informée, le plus souvent *a posteriori*, il ne saurait se substituer au droit de la personne à l'information sur son état de santé, que la loi du 4 mars 2002 réaffirme solennellement. L'information fait partie intégrante de la relation de soin. Cette information, le plus souvent orale au cours de la prise en charge, permet à la personne de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé, d'éclairer son consentement et de faciliter son adhésion au traitement. Elle contribue ainsi à l'amélioration de la qualité des soins. La possibilité pour une personne d'accéder directement aux informations formalisées ne fait que compléter son droit à l'information. Elle ne saurait dispenser le professionnel de santé de son devoir de communiquer régulièrement à la personne les informations pertinentes concernant sa santé, ce qui devrait limiter les demandes d'accès au dossier et rendre improbable la découverte fortuite d'informations significatives lorsque la personne souhaite accéder à son dossier »[3].

1- ANAES, Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu, réglementation et recommandations, juin 2003 : « Le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quel titre que ce soit, dans un établissement de santé » (p. 15). L'ANAES a ainsi retenu le terme de « dossier du patient », celui de « dossier médical » risquant d'évoquer son appartenance exclusive aux médecins et de créer ainsi une confusion (id).
Pour mémoire, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a été supprimée et la Haute autorité de santé (HAS) s'y est substituée en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004.

2- Sur l'ensemble du sujet, on lira utilement « L'accès au dossier médical », in Rapport sur les droits des malades 2007-2008, Observatoire des droits et responsabilités des personnes en santé, Presses de l'EHESP, 2009

3- HAS, Accès aux informations concernant la santé d'une personne, modalités pratiques et accompagnement, décembre 2005, p. 5 (ces recommandations ont repris, légèrement modifiées, les recommandations de l'ANAES de février 2004).

1. Ce qu'est un dossier médical

Avant toute chose, qu'entend-on précisément par « dossier médical » ?

Pour répondre à cette question, il est utile de rappeler que si la réglementation hospitalière a prévu la réunion en un « dossier » des données médicales relatives au patient, le droit de communication relève d'un droit plus général : celui qu'a établi la loi du 4 mars 2002 et qui vise l'information due au patient sur son état de santé[1] et son corollaire, le droit du patient à pouvoir accéder à « l'ensemble des informations concernant sa santé » détenues par un établissement de santé.

Tout ceci s'inscrivant au sein des hôpitaux publics dans un droit encore plus large, relevant des libertés publiques et consacré par la loi du 17 juillet 1978[2], qui doit permettre à chaque citoyen de prendre connaissance des données détenues sur lui par les organismes publics.

Obligation de constituer un dossier médical

- Le Code de la santé publique[3] prévoit qu'un dossier médical[4] doit être constitué pour chaque patient hospitalisé[5] dans un établissement de santé.
Ce dossier comprend, outre les documents à proprement parler médicaux ou relevant du dossier de soins infirmiers, ceux établis par les autres professionnels de santé.

- La formulation par le Code de la santé publique de l'obligation de constituer « un » dossier médical est une invitation à regrouper en un **dossier unique** l'ensemble des informations relatives au patient détenues par l'établissement. L'ANAES avait promu dès son premier manuel d'accréditation la constitution d'un « dossier unifié » : « Une politique vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement »[6].

- En pratique, la réunion de toutes les pièces du dossier, sur ses différents supports (papier, imagerie, données numérisées, etc.), est souvent un objectif difficile à atteindre, de nombreux hôpitaux conservant par la force des choses les informations dans des locaux et services distincts.

Pour autant, la demande par le patient de « son » dossier médical ouvre un droit à communication de l'ensemble des pièces détenues par l'établissement. Elle rendra nécessaire, si telle est la demande du patient, le regroupement de pièces et documents dispersés[7]. Une discussion pourra être engagée avec le patient, le cas échéant, pour préciser avec lui les parties du dossier médical dont la communication lui est véritablement nécessaire.

L'ANAES avait précisé, lorsque l'établissement détient à la fois un dossier d'hospitalisation et un dossier de consultation externes, qu' « il ne peut y avoir de distinction entre le dossier d'hospitalisation et de consultation, la connaissance des conclusions d'une

consultation dans un service pouvant être nécessaire aux professionnels d'un autre service lors de l'hospitalisation du patient, et vice-versa. Les informations issues de la consultation font partie intégrante du dossier du patient et ne sont pas dissociables du dossier d'hospitalisation »[8].

Fonctions du dossier médical

- Les fonctions du dossier médical sont multiples[9]:
  - la mise à disposition d'informations nécessaires et utiles à la prise en charge et au suivi ;
  - la traçabilité des soins et des actions entreprises vis-à-vis du patient ;
  - la continuité des soins ;
  - l'aide à la décision thérapeutique ;
  - la constitution d'un lieu de recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices-risques et de la traçabilité de la décision ;
  - l'évaluation de la qualité des soins et de la tenue du dossier ;
  - l'enseignement et la recherche ;
  - l'extraction des informations nécessaires à l'analyse médico-économique de l'activité, notamment à la médicalisation du système d'information (PMSI) et à ses contrôles de qualité ;
  - un rôle éventuel dans le cadre d'une recherche de responsabilité.
- Le dossier constitue « un outil de formation et d'évaluation, et un support d'informations indispensables pour améliorer les connaissances en santé et les pratiques »[10].

Dossier médical et dossier administratif

- Le dossier médical du patient doit être distingué de son dossier administratif.

Pour tout patient pris en charge dans un établissement de santé, l'administration hospitalière doit en effet constituer un « dossier administratif », distinct du dossier des professionnels de santé et qui ne doit contenir aucune donnée de nature médicale[11]. De ce dossier administratif sont notamment extraites l'identification du patient et les données sociodémographiques qui vont être reportées dans le dossier médical. En pratique, ce dossier est aujourd'hui le plus souvent informatisé.

- La communication du dossier administratif relève à l'hôpital public des dispositions de la loi du 17 juillet 1978. Ces documents et informations détenus par l'hôpital, qui ne relèvent pas des dispositions issues de la loi du 4 mars 2002, n'en demeurent pas moins des documents « administratifs ». Ils sont communicables à ce titre[12].

La loi du 17 juillet 1978 permet en effet à toute personne d'accéder aux informations qui la concernent et qui sont détenues par l'administration hospitalière[13].

En revanche, elle s'oppose à la communication des informations recueillies auprès de tiers.

De même, « ne sont communicables qu'à l'intéressé les documents administratifs :

- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle ;
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice (…) » (art. 6-II).

La loi du 17 juillet 1978 prévoit également que lorsqu'un document est détenu par l'établissement sur un support électronique et que le demandeur souhaite en obtenir copie sur un support identique ou compatible, l'établissement doit indiquer au demandeur les caractéristiques techniques de ce support. Elle doit lui indiquer si le document peut être transmis par voie électronique[14].

▮ Parmi les informations « administratives », l'établissement doit conserver indéfiniment le registre des entrées et sorties des patients, ainsi qu'un registre d'urgences[15] lorsque l'établissement dispose d'un service d'accueil en urgence[16]. En pratique, ces registres comprenant parfois des données médicales, on leur appliquera selon le cas, les dispositions de la loi du 17 juillet 1978 ou celles de la loi du 4 mars 2002. De même, certains documents médicaux font partie du dossier administratif et non du dossier médical : il en est ainsi en psychiatrie du certificat médical à l'origine d'un arrêté de soins sur demande du représentant de l'Etat (SDRE)[17].

▮ S'il doit être distingué du dossier « administratif », le dossier « médical » lui-même, lorsqu'il est constitué au sein d'un établissement public de santé, a pour autant la nature d'un document « administratif » au sens de la loi du 17 juillet 1978. Il s'agit en effet un document détenu par l'administration hospitalière.

Ceci fonde la compétence de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), appelée à donner des avis et des conseils sur sa communicabilité (v. p.159-163).

Dossier de soins ou d'examens externes

▮ Le Code de la santé publique ne fait pas expressément mention du dossier de consultation externe, d'examen externe ou encore de passage en structure d'urgences, pour les cas où le patient n'a pas été hospitalisé au sein de l'établissement.

La nécessité de constituer un tel dossier, soit au sein du dossier médical défini par le Code de la santé publique, soit de façon distincte, n'est pourtant pas contestée.

Tout médecin doit en effet, de manière générale, tenir à minima pour chaque patient, afin de conserver trace des éléments nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques, une « fiche d'observation », qui, le cas échéant, sera incluse dans le dossier médical hospitalier[18].

- La question se pose, lorsque l'hôpital procède à des examens « externes » sur prescription médicale d'un médecin extérieur à l'établissement, ou lorsque le passage en structure d'urgences n'est pas suivi d'hospitalisation, des modalités de conservation et de communication des informations recueillies. Les documents médicaux résultant de ces examens et soins ne font en effet pas *stricto sensu* partie du « dossier médical » (car l'article L. 1112-2 mentionne qu'un dossier médical est constitué pour chaque patient « hospitalisé »).
Ils n'en demeurent pas moins des informations médicales détenues par l'établissement, assurant une traçabilité de ces examens et soins. Il est important, dans la perspective d'un éventuel litige ultérieur par exemple, que leur contenu en soit conservé d'une façon ou d'une autre par l'établissement. Le fait qu'il ne s'agisse pas d'un « dossier médical » *stricto sensu* les fera certes échapper à la durée de 20 ans prévue pour la conservation des dossiers (v. p. 151-153). Mais par précaution, on recommandera une conservation minimale de 10 ans (délai de prescription en matière de responsabilité médicale).
Et les informations médicales ainsi conservées, et « détenues » par l'établissement, sont en tout état de cause communicables selon les règles ordinaires applicables aux dossiers médicaux.

- La HAS précise ainsi que quelle qu'en soit la forme et le mode de constitution et de conservation, le dossier de soins ou d'examens externes relève des obligations de communication prévues par la loi pour les informations médicales[19].

Contenu du dossier médical

- Dans le dossier sont retracés les éléments caractérisant le patient au plan médical et ceux qui décrivent les différents moments de son parcours thérapeutique.

Ceci n'exclut pas que des informations produites à l'extérieur de l'établissement, qui auront été apportées par le patient par exemple, soient incluses dans le dossier : allergies, antécédents, documents issus de soins et d'investigations effectuées par d'autres praticiens ou établissements,…

- Le Code de la santé publique prévoit à la fois une **liste minimale** des documents devant être contenus dans le dossier médical des patients « hospitalisés » (le dossier comprend « au moins » les documents…), leur classement dans un ordre homogène en trois grandes catégories de pièces et la non-communicabilité au patient des pièces relatives à des tiers[20].

Ce classement en **trois catégories** doit permettre une constitution structurée et standardisée des dossiers[21].

- La première catégorie comprend « les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ».
  Sont concernés les documents suivants, lorsqu'ils existent ou sont justifiés par la prise en charge :
    - la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
    - les motifs d'hospitalisation ;

- la recherche d'antécédents et de facteurs de risque ;
- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para cliniques, notamment d'imagerie[22] ;
- les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues par la loi[23] ;
- le dossier d'anesthésie ;
- le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire[24] ;
- la mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel[25] ;
- les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- les directives anticipées[26] ou le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

❍ La seconde catégorie est constituée des informations formalisées établies à la fin du séjour et comprend notamment :

- le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- la prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- les modalités de sortie (vers le domicile, vers une autre structure) ;
- la fiche de liaison infirmière.

❍ La troisième catégorie concerne les informations qui mentionnent qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers[27].

Informations complémentaires pouvant constituer le dossier médical

La liste énoncée à l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique est une liste **a minima**, l'énumération n'étant pas exhaustive. La liste des informations et documents contenus au dossier ne cesse en effet de s'élargir et différents autres textes sont venus prévoir l'obligation de conserver des documents non expressément mentionnés par l'article R. 1112-2.

- Ainsi doivent être conservés au dossier médical :
  - l'identité de la personne et le cas échéant celle de la personne de confiance et de la personne à prévenir[28] ;
  - la mention écrite de l'opposition du mineur à ce que l'intervention ou le traitement pratiqués dans le secret soient communiqués aux titulaires de l'autorité parentale[29] ;
  - la procédure d'information suivie par le médecin qui prescrit des médicaments n'ayant pas reçu d'autorisation de mise sur le marché et qui sont destinés à traiter des maladies graves ou rares lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié. Ces documents doivent retracer que l'information a été adaptée à la situation et indiquer l'absence d'alternative thérapeutique, les risques encourus, les contraintes et le bénéfice susceptible d'être apporté par le médicament[30] ;
  - le double de l'attestation faite par un médecin dans le cadre de la prescription d'examen des caractéristiques génétiques pour un patient présentant un ou des symptômes d'une maladie génétique. Le document doit justifier que la personne a été informée des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement, et que son consentement a été recueilli[31] ;
  - le consentement écrit et les doubles de la prescription d'examen des caractéristiques génétiques et des comptes rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés[32] ;
  - l'original du procès-verbal de constat de la mort d'un patient[33] ;
  - différents documents accompagnant les procédures d'assistance médicale à la procréation, qui sont réunis dans un « dossier médical commun »[34] ;
  - l'identification des dispositifs médicaux utilisés (dénomination, numéro de série ou de lot, nom du fabricant ou de son mandataire), leur date d'utilisation ainsi que le nom du médecin ou du chirurgien dentiste utilisateur[35] ;
  - les dossiers préanesthésique et anesthésique[36] ;
  - l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie[37] ;
  - les copies de certificats médicaux ;
  - les procès-verbaux d'autopsie[38] ;
  - les documents permettant la traçabilité des actions et de l'information du patient concernant de nombreuses « vigilances » :
    - hémovigilance : information pré et post transfusionnelle du patient et du médecin traitant, dossier transfusionnel[39], effets indésirables[40],
    - biovigilance : suivi et traçabilité de produits du corps humain[41],
    - vigilance relative aux infections nosocomiales : désinfection des endoscopes[42], utilisation du matériel médico-chirurgical et affections transmissibles non conventionnelles[43], autres infections nosocomiales[44],
    - pharmacovigilance : stupéfiants, médicaments dérivés du sang[45], recommandations concernant les pharmacies à usage intérieur[46].

- les documents relatifs à l'accompagnement de la fin de vie. Différentes mentions au dossier médical sont prévues par la loi dite « Léonetti » du 22 avril 2005 : lorsqu'est appliqué à une personne en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abréger sa vie ; en cas de décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement sur décision du patient[47] ;
- les documents relatifs aux personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de leurs troubles mentaux.

▮ Les bandes d'enregistrement des SAMU (« centres de réception et de régulation des appels ou « CRRA/centres 15 ») ne figurent pas expressément dans la liste des documents que doit contenir *a minima* le dossier médical d'un patient au sens de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique. La Haute autorité de santé (HAS) a toutefois estimé dans ces recommandations de bonnes pratiques de mars 2011 que « des enregistrements sonores des conversations téléphoniques (...) pouvaient être communicables sous le régime des informations médicales »[48].

▮ De manière générale seront conservées, au-delà de la liste énoncée par voie réglementaire, les informations qui, à un titre ou un autre, présentent un intérêt à être partagées par les membres de l'équipe de soins, ou permettent de retracer un moment donné de la prise en charge : par exemple, la copie du certificat de décès, si le patient est décédé au sein de l'établissement[49], des croquis présentant au patient les différentes interventions possibles, la «check list-Sécurité du patient au bloc opératoire » (la HAS indique sur son site que ce document peut être archivé « dans le dossier du patient, ou dans le bloc opératoire, selon les usages de l'établissement »), la copie d'une notice explicative remise au patient, les références d'entretiens avec d'autres professionnels concourant au traitement du patient, etc..

La mention des volontés du patient

▮ Le dossier doit mentionner les décisions prises par le patient, de telle sorte qu'elles y soient clairement identifiées, lorsqu'il a indiqué son opposition à la transmission d'informations à tels ou tels tiers ou qu'au contraire, il a expressément désigné des personnes pour recevoir les informations.

Ces indications doivent être actualisées et vérifiées de manière régulière, étant entendu que le patient peut à tout moment revenir sur ses décisions.

▮ Il est recommandé que ces indications figurent sur une fiche spécifique du dossier[50]. Il s'agira ainsi, notamment :

- du mandat donné à un tiers aux fins de communication du dossier,
- du refus du patient à la transmission d'informations concernant sa santé à d'autres professionnels de santé (le médecin traitant par exemple),
- du refus que des proches soient informés,
- de l'identification de la personne de confiance,
- du refus de communiquer certaines informations aux ayants droit en cas de décès,

- du refus exprimé par le mineur de communiquer des informations concernant sa santé aux titulaires de l'autorité parentale.

▮ Le patient dispose du droit d'être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic, sauf affection transmissible, ou d'un pronostic[51] : le professionnel de santé ne peut donc communiquer ces informations au patient, lorsque celui-ci a exprimé le souhait de ne pas en avoir connaissance.

Les informations « formalisées »

▮ Les informations médicales détenues par l'établissement peuvent avoir été recueillies et conservées sous différentes formes (v. p. 25).

▮ L'article L.1111-7 du Code de la santé publique prévoit que « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit par des professionnels et établissements de santé, **qui sont formalisées** ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (...) à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers».

▮ La notion d'informations de santé « formalisées » a été ainsi précisée : il s'agit «d'informations auxquelles est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles »[52].

Cette notion renvoie à la volonté des pouvoirs publics, exprimée lors des débats parlementaires préalables à la loi du 4 mars 2002, d'introduire une rigueur nouvelle dans la rédaction des informations médicales, de telle sorte qu'elles puissent être utilement communiquées[53]. Le dossier doit regrouper des données pertinentes[54].

La CADA a considéré qu'il était nécessaire que les notes du praticien qui reçoit un patient en consultation soient régulièrement formalisées pour en permettre la communication. La CADA était interrogée en l'espèce sur le dossier d'un patient suivi en psychiatrie et dont les entretiens faisait l'objet d'une simple prise de notes[55].

▮ Les documents résultant des échanges entre les professionnels de santé et traitant de l'état de santé du patient lui sont communicables de plein droit s'il en fait la demande.

▮ S'agissant des échantillons biologiques (on sait qu'ils sont aujourd'hui conservés en grandes quantités au sein des établissements de santé, notamment pour des finalités diagnostiques : lames et blocs d'anatomie pathologique, échantillons sanguins, etc.), il a été jugé que ce matériel biologique ne constitue pas des « informations formalisées » ouvrant droit à communication au titre du droit d'accès aux informations médicales prévu par l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique[56].

Les notes personnelles

▮ Depuis la publication de la loi du 4 mars 2002 ouvrant un droit d'accès direct du patient à son dossier médical, et jusqu'à une date récente, la question du statut des notes personnelles des médecins a donné lieu à des interprétations divergentes :

selon le cas, elles ont conclu, que ces « notes » devaient être communiquées dans la mesure où elles étaient incluses dans le dossier médical et avaient contribué à l'établissement du diagnostic, même si les praticiens n'avaient pas jugé utile de les formaliser[57], ou au contraire, qu'elles devaient être considérées comme des documents strictement personnels que le détenteur avait la faculté de ne pas communiquer.

▮ La première interprétation (obligation de communication) se fondait sur le texte de la loi, qui prévoyait la communication des informations « contribuant à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention », puis à partir de la loi du 31 janvier 2007, celles détenues « à quelque titre que ce soit » par l'établissement ou le professionnel (art. L. 1111-7, C. santé publ.).

▮ En revanche, l'ANAES, dans ses recommandations de bonne pratique, les définissait comme les « notes prises par le professionnel pour son seul usage, non transmises à des tiers, professionnels ou non, détruites lorsque le professionnel cesse d'intervenir dans la prise en charge et si elles n'ont pas contribué à cette prise en charge »[58] ; elle estimait que ces notes ne sont pas accessibles au patient, hors procédure judiciaire[59].

L'arrêté du 5 mars 2004 considérait de même que les notes personnelles sont celles qui ne « sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou, le cas échéant, échangées parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention »[60].

▮ La juridiction administrative a retenu une interprétation privilégiant la finalité des documents plutôt que leur forme pour distinguer :

- les notes manuscrites des médecins qui font partie du dossier médical, parce qu'elles ont été conservées pour contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement,
- les notes personnelles qui n'ont pas cette finalité et ne sont donc pas communicables[61].

▮ Abordant ce sujet à son tour, la CADA estimait que « de tels documents administratifs, qui sont inclus dans un dossier hospitalier sous cette forme, sont des documents communicables de plein droit au patient qu'ils concernent ou à ses ayants droit, en application de l'article L. 1111-7, dans la mesure où ils ont contribué à l'établissement du diagnostic, même si les praticiens n'ont pas jugé utile de les formaliser davantage[62] » et que « seuls se trouvent exclus du droit d'accès (…) les documents dits inachevés, en particulier les documents relevant la forme de simples brouillons et repris ensuite dans le document définitif »[63], la circonstance qu'un document ne soit pas dactylographié n'en faisant pas pour autant nécessairement un document « inachevé » et soustrait comme tel au droit d'accès[64].

Dans un avis du 15 avril 2004[65], la CADA considérait par ailleurs que les notes manuscrites des professionnels de santé ne constituent pas des documents devant être conservés, réutilisés ou le cas échéant échangés, lorsqu'ils ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention ; ces notes, considérées comme « personnelles », n'avaient pas à être communiquées.

▮ **Un décret du 7 mai 2012** venu modifier le Code de déontologie médicale a récemment clarifié la question[66]. Dérogeant aux dispositions générales, un statut spécifique est attribué aux notes personnelles. Le Code de la santé publique prévoit désormais,

sans toutefois les caractériser au plan matériel, que « Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles, ni accessibles au patient et aux tiers ».
Le principe à retenir est donc aujourd'hui celui de la **non-communicabilité des notes personnelles**.

A défaut de précisions réglementaires ou jurisprudentielles sur ce point, un critère pour les considérer comme telles sera qu'elles ne sont pas conservées dans le dossier, ceci signifiant qu'elles ne sont pas destinées à être partagées ou communiquées.

Modification du contenu du dossier à la demande du patient

▮ Un patient peut souhaiter que soient ôtées ou modifiées des informations figurant dans son dossier médical. L'exercice de cette faculté est toutefois strictement limité, car comme on l'a vu, le patient ne dispose d'aucun droit de propriété sur son dossier, droit qui pourrait en effet entraîner celui de le conserver personnellement à son domicile, voire de le détruire… A défaut d'un droit de propriété sur son dossier médical, le patient ne dispose que d'un droit à rectification des erreurs matérielles de son dossier. Ce droit se fonde :

- sur la loi du 6 janvier 1978 et le décret du 28 avril 1988[67], lorsqu'il s'agit d'un dossier « papier » détenu par un professionnel exerçant dans un établissement de santé,
- sur l'article 40 de la loi du 17 juillet 1978, lorsqu'il s'agit d'un document informatisé[68].

▮ Un patient est ainsi en droit de demander le retrait ou la modification d'une information incomplète ou erronée. En revanche, il ne dispose pas du droit de demander le retrait d'une donnée médicale dont il souhaiterait l'oubli, telle que par exemple une hospitalisation pour troubles mentaux, pour intoxication, pour une IVG... Le patient n'est pas en droit de construire selon ses souhaits le contenu d'un dossier ou d'un recueil d'informations dont la finalité est de retracer avec objectivité un état de santé et la nature des soins qui ont été dispensés, et dont les professionnels et établissements de santé doivent pouvoir être en mesure de justifier de façon incontestable.

Le dossier de soins infirmiers ou de soins paramédical, composante du dossier médical

▮ Le Code de la santé publique prévoit que le dossier «médical» comprend «le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers»[69]. Il doit en principe en résulter une conservation « unifiée ».
Le décret du 11 février 2002[70] mentionne par ailleurs que le dossier de soins infirmiers contribue au recueil de données cliniques et épidémiologiques, ainsi qu'à celui des informations utiles aux autres professionnels (dont les médecins), pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions[71].

▮ Une circulaire a souligné en 1989 que «(…) l'organisation, la continuité et la qualité des soins infirmiers nécessitent l'élaboration et la gestion du dossier de soins

infirmiers» et que ce dossier doit s'appuyer sur les plans de soins, retracer les différentes étapes de la démarche des soins infirmiers et résumer l'ensemble des informations que recueille l'infirmière. Le dossier infirmier, qui fait donc partie du dossier médical, doit parmi d'autres indications comporter : les informations concernant le patient recueillies par observations, entretiens et lecture de documents ; les objectifs de soins formulés pour le patient et négociés, si possible, avec lui ; les actes et actions mis en œuvre »[72].

▪ Le dossier de soins infirmiers se définit comme « un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soins qui devrait être établi avec la personne soignée. Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière »[73].

▪ La seconde édition du *Guide du service de soins infirmiers*[74] comprend une norme n°3 portant sur le dossier de soins infirmiers. Il précise notamment que « Dès l'arrivée de la personne soignée, l'infirmière ouvre un dossier de soins infirmiers qu'elle renseignera tout au long du séjour » et que « Dès sa prise de fonction et avant chaque intervention, l'infirmière prend connaissance des éléments contenus dans le dossier du patient (…). L'infirmière, après chaque intervention note, date et signe les résultats des soins infirmiers prodigués à la personne soignée (…), note, date et signe ses observations sur l'évolution de l'état de la personne soignée et toutes informations recueillies pouvant être utiles pour sa prise en charge globale (…), tout au long du séjour de la personne soignée, renseigne le dossier de soins infirmiers, (…) veille à l'exactitude et au respect de la confidentialité des informations notées par elle-même, par les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les aides médico-psychologiques et les stagiaires du service infirmier (…), exige que toutes les prescriptions médicales soient notées, datées et signées par les médecins prescripteurs dans le dossier de soins infirmiers. Elle s'assure également que toutes informations et observations écrites soient datées et signées (…). L'infirmière, lors de la sortie de la personne soignée, établit par écrit une synthèse de la prise en charge infirmière du patient et renseigne la fiche de liaison infirmière ».

▪ L'ANAES avait précisé que « le dossier de soins doit contenir toutes les informations pertinentes sur les problèmes de santé, les diagnostics infirmiers, les observations pendant le séjour, les feuilles de transmissions infirmières, les interventions de soins, les fiches de liaison interservices, la fiche de synthèse élaborée à la sortie du patient et la fiche de liaison pour les modalités de suivi »[75], toutes les informations de ce «dossier de soins» devant être authentifiées (signées, datées) et le responsable des écrits et des actes devant être clairement identifié (nom, fonction).

▪ Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture doivent consigner dans le dossier de soins infirmiers leurs observations et leurs actions[76] .

▪ Ainsi que l'avait indiqué l'ANAES, bien qu'«il n'existe pas de législation imposant précisément la tenue du dossier à d'autres professionnels de santé (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététiciennes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes, etc.), cependant les informations ayant trait aux soins qu'ils ont dispensés doivent être retrouvées dans le dossier du patient»[77] .
L'ANAES précisait par ailleurs que « de façon complémentaire au dossier médical, les professionnels paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciennes, orthophonistes, etc.) et les autres professionnels de santé constituent un dossier, appelé

« dossier de soins paramédical », contenant la trace de leurs observations et actions de soins, assurant la continuité des soins et permettant l'évaluation de leur qualité. Les divers éléments du dossier de soins paramédical font partie du dossier du patient »[78].

Les informations recueillies par le travailleur social ou par le psychologue

▪ Les assistantes sociales hospitalières et les autres travailleurs sociaux de l'hôpital sont amenés à constituer un dossier « social » pour les patients dont ils assurent le suivi. De même, les psychologues hospitaliers, qui n'entrent pas dans la typologie des professionnels de santé, réunissent en un dossier (ou en ce qui en tient lieu) les informations issues de leur prise en charge.
Ces dossiers et les autres informations relatives à la prise en charge par ces professionnels ont un statut que la législation et la réglementation n'ont pas plus précisé que la jurisprudence.
L'ANAES a considéré que ces dossiers, observations, rapports et informations « peuvent faire partie intégrante du dossier du patient s'ils ont été réalisés par un professionnel au sein d'une équipe dirigée par un médecin et qu'ils ont été joints au dossier du patient dont ils sont indivisibles. Ainsi, les informations recueillies par un psychologue ou un travailleur social doivent pouvoir être accessibles aux autres professionnels si elles sont utiles à la prise en charge du patient »[79].
La CADA considère que des rapports d'enquête sociale ou des bilans psychologiques ne sont pas médicaux sauf s'ils sont joints à un dossier médical[80] .

▪ Lorsque ces documents et informations n'ont pas le caractère de documents médicaux et ne relèvent pas des dispositions issues de la loi du 4 mars 2002, ils doivent en revanche être regardés à l'hôpital public comme des documents administratifs, dont le régime de communication est soumis aux dispositions de la loi du 17 juillet 1978[81] (v. supra p. 6-7). Il est conseillé de les conserver à part, par date de création.

▪ S'agissant du dossier social, la CADA a ainsi considéré qu'une copie de la transcription d'un entretien d'un travailleur social hospitalier avec une personne est communicable à celle-ci, si elle en fait la demande[82].

Propriété du dossier médical

Qui est le propriétaire du dossier médical ? Cette question, non traitée par les textes, est en réalité peu pertinente. Le dossier médical est un document qui répond à plusieurs finalités et qui a vocation à être partagé. L'identification d'un propriétaire induirait des obstacles peu souhaitables à la communication et le risque de perte ou de destruction prématurée du dossier

En tout état de cause, le dossier médical, « produit » par une administration publique et ses agents, relève des archives publiques (art. L. 211-1, L. 211-4 et L. 212-4-II, C. patrimoine). L'établissement de santé est tenu à la fois d'établir et de conserver le dossier

médical qu'il a constitué[83] et de le communiquer sur la demande de l'intéressé : il est le dépositaire du dossier[84]. Et, sauf dans le cas d'une saisie par les autorités de justice, il est tenu de conserver les documents originaux du dossier[85].

Conservation, tenue du dossier et communication

▮ L'établissement de santé, s'il n'est donc pas *stricto sensu* propriétaire du dossier médical, est tenu en revanche d'en assurer le dépôt dans de bonnes conditions de conservation et de confidentialité. L'article L. 1112-1 du Code de la santé publique prévoit ainsi que « les établissements de santé sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent ».

Le dossier médical et d'une manière générale tous les documents médicaux doivent être conservés de façon confidentielle[86]. La responsabilité de l'établissement, voire au plan déontologique celle du médecin concerné, pourra être engagée en cas de négligence[87].

Ils doivent «sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé», être conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis[88].

A l'obligation qui s'impose à l'établissement d'une conservation matérielle et confidentielle des documents répond celle des médecins et autres professionnels qui l'ont constitué de s'assurer en toutes circonstances que les informations sont réunies, classées et conservées dans des conditions appropriées.

▮ La bonne tenue du dossier est une obligation majeure, qui a justifié la rédaction de recommandations spécifiques de l'ANAES[89]. Le manquement à cette obligation est sanctionné[90].

▮ Ainsi le fait de ne pas avoir consigné dans le dossier médical d'un patient une allergie antérieure aux produits iodés constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l'établissement de santé[91].

De même, le manquement au respect de l'obligation réglementaire de faire figurer dans les dossiers médicaux les comptes rendus opératoires qui auraient dû être joints au dossier médical des patients constitue une faute déontologique et engage la responsabilité du médecin[92].

Notes du chapitre 1

1- Art. L. 1111-2, C. santé publ.

2- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.

3- Art. R. 1112-2, C. santé publ.

4- Le terme retenu par le Code de la santé publique est celui de « dossier médical » et non celui de « dossier du patient » tel qu'utilisé par la Haute autorité de santé dans son Manuel de certification.

5- Ces données ont le caractère d' « informations à caractère personnel » : cette notion, qui fait référence à la législation issue de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, est l'intitulé de la sous section 3 du Code de la santé publique consacrée à l' « Accès aux informations de santé à caractère personnel » (comprenant les articles R. 1111-1 et s.).

6- « La notion de dossier unifié a pour objet de permettre à tout professionnel de santé intervenant dans le processus de soins, d'accéder à tout moment, y compris en urgence, à l'ensemble des informations pertinentes concernant le patient qu'il prend en charge. Il s'agit d'un dossier regroupé et partagé » (ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 22).

7- La HAS souligne ainsi que « le terme de dossier est utilisé par facilité d'écriture pour désigner l'ensemble des informations de santé concernant une personne donnée, même si dans la pratique actuelle le dossier ne les comprend pas toujours toutes. Le mot dossier ne doit pas être envisagé ici de manière restrictive, car toutes les informations formalisées détenues par un professionnel, un établissement de santé ou un hébergeur en dehors du dossier sont communicables » (HAS, Accès aux informations …, préc., p. 4).

8- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 26

9- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 17

10 - Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

11- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 20

12- La Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) a précisé ainsi que « les documents administratifs contenant des informations à caractère médical sont communicables à l'intéressé concerné » (avis n° 20124488 du 10 janvier 2012)

13- Il en est de même pour les établissements privés chargés d'une mission de service public.

14- Art. 34 du décret du 30 décembre 2005

15 - Ces registres doivent être versés, 20 ans après leur clôture, au service des archives qui se chargera alors de leur conservation définitive.

16- Art. R. 6122-23, C. santé publ.

17- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 18

18- Art. R. 4127-45, C. santé publ. ; v. note n°3, p. 144

19- « Si un dossier médical a été constitué pour un patient reçu en consultation externe (…), la communication de ce dossier intervient (…) dans les mêmes conditions que celles prévues pour un patient hospitalisé » (HAS, Accès aux informations …, préc., p. 39).

20- Art. R. 1112-2, C. santé publ.

21- Cette structuration favorisera une lecture efficace et professionnelle, en permettant de distinguer immédiatement les éléments relevant respectivement du séjour, de la sortie et de la continuité des soins après l'hospitalisation, ceux qui concernent particulièrement telle ou telle partie de l'équipe soignante, ou encore ce qui concerne des tiers et que le patient n'a pas lieu de connaître.

22- Le texte ne distinguant pas les comptes rendus d'imagerie médicale et les clichés, il doit être considéré que l'ensemble de ces documents fait partie du dossier médical.

23- L'article L. 1111-4 du Code de la santé publique auquel il est fait référence prévoit en particulier que le patient ou son représentant prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé : on doit donc retrouver au dossier, le cas échéant, les traces de la « réflexion bénéfices-risques », à laquelle aura été associé le patient ou son représentant.

24- Recherche biomédicale, assistance médicale à la procréation, prélèvements, examen des caractéristiques génétiques...

25- Cette fiche, mentionnée à l'article R. 1221-40 du Code de la santé publique, doit être rédigée par le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de santé en concertation avec le correspondant de l'établissement de transfusion sanguine distributeur en cas d'effet inattendu ou indésirable dû ou susceptible d'être dû à un produit sanguin labile.

26- Telles que prévues par la loi du 22 avril 2005 et mentionnées aux articles L. 1111-11, R. 1111-17 et R. 1111-19, du Code de la santé publique.

27- Le principe de non communication aux tiers se fonde, outre les dispositions du Code de la santé publique, sur celles de la loi du 17 juillet 1978 (art. 6-II) qui prévoit que « Ne sont communicables qu'à l'intéressé les documents administratifs :
- dont la communication porterait atteinte à la protection de la vie privée, au secret médical et au secret en matière commerciale et industrielle ;
- portant une appréciation ou un jugement de valeur sur une personne physique, nommément désignée ou facilement identifiable ;
- faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice ».

28- Art. R. 1112-3, C. santé publ.

29- Art. R. 1111-5, C. santé publ.

30- Art. L. 5121-12, C. santé publ.

31- Art. R. 1131-5, C. santé publ.

32- Art. R. 1131-15, C. santé publ.

33- Procès verbal de constat de la mort obligatoire en cas de prélèvements post mortem (arrêt cardiaque et respiratoire persistant ou personne assistée par ventilation mécanique et conservant des fonctions hémodynamique), art. R. 1232-4, C. santé publ.

34- Art. R. 2142-8 et R. 2142-9, C. santé publ. : indications sur les choix techniques effectués, les dates des ponctions, les transferts de gamètes et d'embryons, le devenir des embryons, l'état de santé des nouveau-nés et des enfants, etc.

35- Art. R. 5212-40 et R. 5212-41, C. santé publ.

36 - Ces documents sont prévus par les articles D. 6124-92 et D. 6124-102 du Code de la santé publique

37- Art. D. 6124-131, C. santé publ.

38- Arrêté interministériel du 11 mars 1968. CADA, Directrice du Centre hospitalier de Béziers, conseil n° 20123718 du 22 novembre 2012

39- Circ. DGS/DH/AFS n° 92 du 12 décembre 1994, circ. n° 98-231 du 9 avril 1998 et décret n° 99-150 du 4 mars 1999

40 - Décret n° 99-145 du 4 mars 1999

41- Arrêtés du 9 octobre 1995 et du 1er avril 1997

42- Circ. DGS/DH n° 236 du 2 avril 1996

43- Circ. DGS/DHOS n° 2001-138 du 14 mars 2001

44- Circ. DGS/DHOS n° 645 du 29 décembre 2000

45- Art. R. 5121-188, C. santé publ.

46- Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 (source ANAES, Dossier du patient : amélioration..., préc., p. 26)

47- Art. L. 1111-4 et L. 1111-10, C. santé publ.

48- V. aussi CAA Marseille, 25 juin 2009, n° 07MA02024 : l'établissement avait détruit l'enregistrement des conversations téléphoniques relatives à l'intervention du SAMU lors du malaise d'une personne qui décédera d'un infarctus. CADA, Directeur du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) du Gers, avis n° 20042830 du 8 juillet 2004

49- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 30

50- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 27

51- Art. L. 1111-2, C. santé publ.

52- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation…, v. supra

53- «Ne doivent pas être considérées comme formalisées et donc communicables les notes préliminaires, les observations des étudiants en médecine ou les hésitations du médecin qui hésite entre plusieurs hypothèses (…). Quant au contenu du dossier auquel le patient aura accès (…), il s'agit des seuls éléments formalisés (…). Ce que nous cherchons, c'est à instaurer une nouvelle culture de l'écriture médicale» (B. Kouchner, AN, 3 octobre 2001 : JOAN 2001, p. 5443).

54- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 5

55- CADA, avis n° 20033517 du 11 septembre 2003, Directeur de l'EPS Maison Blanche,

56- CAA, AP-HP c/Continella, 30 janvier 2008, n° 06PA02800

57- CADA, Directeur du CHU de Montpellier, avis n° 20041645 du 15 avril 2004

58- «Dans la mesure où certaines des notes des professionnels de santé ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou le cas échéant échangées, parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention, (elles) peuvent être considérées comme personnelles et ne pas être communiquées : elles sont alors intransmissibles et inaccessibles à la personne concernée comme aux tiers, professionnels ou non», HAS, Accès aux informations …, préc. p. 5

59- ANAES, Dossier du patient, Amélioration…, préc. p. 27

60- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques de l'ANAES relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne;

61- CAA Paris, 30 septembre 2004, req. n°03PA01769

62- CADA, Directeur du CHU de Montpellier, conseil n° 20041645 du 15 avril 2004. Des notes informelles, mais achevées, figurant au dossier médical et ayant concouru à l'établissement du diagnostic sont des documents « médicaux », et à ce titre communicables, alors même que la qualité de professionnel de santé de leur auteur n'est pas avérée (CADA, conseil n° 20061864 du 27 avril 2006, Directeur de l'Hôpital Simone Veil).

63- CADA, Ministre de la fonction publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire, 19 décembre 2002

64- CADA, avis n° 20011496 du 3 mai 2001, Maire de Sainte-Foy-lès-Lyon;

65- CADA, Directeur du CHU de Montpellier, conseil n° 20041645 du 15 avril 2004

66- Décret du 7 mai 2012 ; art. R. 4127-45, C. santé publ.

67- Décret n° 88-465 du 28 avril 1988 relatif à la procédure d'accès aux documents administratifs.

68- La loi prévoit en la matière que « toute personne physique justifiant de son identité peut exiger du responsable d'un traitement que soient, selon les cas, rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou

effacées les données à caractère personnel la concernant, qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite » (art. 40 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée).

69- *Art. R. 1112-2, C. santé publ.*

70- *Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ; ce décret comprend un certain nombre de précisions codifiées à l'art. R. 4311-5, du Code de la santé publique.*

71- *art. R. 4311-1 et R. 4311-2, C. santé publ.*

72- *Circulaire DGS/DH n° 387 du 15 septembre 1989 relative au mode d'exercice de la profession d'infirmière dans les établissements hospitaliers.*

73- *Min. Emploi Solidarité, Guide du service infirmier : le dossier de soins : BO n° 85-7 bis*

74- *Min. Santé, DHOS, septembre 2001 : « Soins infirmiers : normes de qualité »*

75- *ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 32*

76- *Arr. du 22 juillet 1994 et circ. DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19 janvier 1996*

77- *ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 33*

78- *ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 18*

79- *ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 22-23. Mais à l'inverse, les travailleurs sociaux n'ont pas accès aux données médicales (v. note n° 5, p. 61).*

80- *CADA, Directeur du Centre hospitalier Roger-Prévot, conseil n° 20062025 du 11 mai 2006*

81- *CADA, Directeur de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches, conseil n°20065146 du 23 nov. 2006. De même, la CADA a considéré que lorsque le dossier élaboré par le psychologue faisait partie intégrante du dossier médical, il devait alors être soumis à l'obligation de communication applicable aux informations sur l'état de santé (CADA, Président du Conseil général de Dordogne, conseil n° 20061629 du 13 avril 2006).*

82- *CADA, Président du Conseil général de la Haute-Savoie, avis n° 20090455 du 2 avril 2009 : « La commission estime que, dans la mesure où Monsieur R. dispose de l'autorité parentale et où ses enfants sont encore mineurs, les documents concernant ces derniers lui sont en principe communicables de plein droit, en application des dispositions du II de l'article 6 de la même loi, sous réserve du retrait des documents et de l'occultation préalable des mentions dont la communication serait susceptible de porter atteinte à la protection de la vie privée de tiers (par exemple des documents ou mentions concernant la mère des enfants), de révéler une appréciation ou un jugement de valeur porté sur une personne physique nommément désignée ou facilement identifiable (par exemple l'avis d'un travailleur social sur la façon dont la mère élève ses enfants), de faire apparaître le comportement d'une personne (signalement, témoignage, dénonciation) dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait porter préjudice à cette personne, ou encore de porter atteinte à la sécurité des personnes. La commission précise que le secret professionnel auquel sont tenus les travailleurs sociaux ne fait pas obstacle par lui-même à ce que les documents demandés soient communiqués à Monsieur R., sous les réserves précédemment évoquées ».*

83- *« La conservation des documents d'archives publiques procédant de l'activité des personnes (ici : des établissements publics de santé)(…) est assurée par ces personnes sous le contrôle scientifique et technique de l'administration des archives » (art. L. 212-4-II, C. patrimoine).*

84- *En cela, le dossier médical se distingue du carnet de santé de l'enfant, strictement nominatif et remis aux parents, nul ne pouvant en exiger la communication (art. L. 2132-1, C. santé publ.).*

85- *Ainsi, l'établissement ne peut se dessaisir au profit d'un médecin ayant cessé d'exercer ses fonctions des données médicales que le praticien avait constitué dans le cadre de son exercice (CE, 11 février 1972, Cornette, Rec. p. 138).*

86- *C. déont. méd., art. 73 ; art. R. 4127-73, C. santé publ ; le Conseil national de l'Ordre des médecins a souligné que « le personnel qui a la garde des dossiers est astreint au secret professionnel et ne peut*

rien communiquer sans l'accord du médecin responsable du service concerné » (CNOM, Commentaires du Code de déontologie médicale, sous l'article 73).

87- CAA Nantes, 15 octobre 2009, M. X., CHU de Caen, n° 09NT00165, Dans cette affaire, des documents médicaux étaient demeurés sans surveillance dans le couloir du service, alors que le patient avait exprimé formellement, dès son admission, son opposition à ce que ses parents soient informés de sa séropositivité au VIH. Au cours d'une visite, la mère du patient prend connaissance de la feuille de soins mentionnant la séropositivité de son fils. Jugeant fautive la possibilité ainsi laissée par l'établissement hospitalier, aux personnes étrangères au service, d'accéder aisément à des documents médicaux couverts par le secret médical , la Cour établit un défaut d'organisation du service engageant la responsabilité de l'établissement au titre du préjudice moral.

88- C. déont. méd., art. 96 ; art. R. 4127-96, C. santé publ.

89- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc.

90- Un praticien d'une clinique a été ainsi condamné par la section disciplinaire de l'Ordre des médecins le 22 septembre 1997 parce qu'il « ne tenait pas pour ses malades de dossier médical sur lequel les observations auraient été portées au jour le jour ; un tel dossier était indispensable pour assurer le suivi correct des malades, alors même qu'il n'aurait pas été légalement obligatoire à l'époque. Il peut donc être reproché au Dr. X. à ce titre une insuffisance de surveillance technique, constitutive d'une violation de l'article 34 du Code de déontologie médicale… Une telle faute est contraire à l'honneur et est exclue de l'amnistie… », tiré de ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 63

91- TA de Marseille, 2 mai 2000, Mme Strumeyer

92- CE, 28 avril 2003, M. Patoir. Au cas où la destruction serait délibérée, notamment pour faire disparaître des documents, son auteur serait par ailleurs susceptible de poursuites pénales : l'article 434-4 du Code pénal punit de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende « le fait, en vue de faire obstacle à la manifestation de la vérité : […] 2° De détruire, soustraire, receler ou altérer un document public ou privé ou un objet de nature à faciliter la découverte d'un crime ou d'un délit, la recherche des preuves ou la condamnation des coupables », cette peine étant aggravée lorsqu'il est commis par une personne qui, par ses fonctions, est appelée à concourir à la manifestation de la vérité.

2. Le droit du patient à la communication des informations

L'établissement de santé est donc tenu de constituer un dossier médical et de veiller à la bonne conservation des données médicales sur le patient. On distinguera à présent les pièces et documents dont la communication au patient est obligatoire et celles que l'établissement ne peut pas communiquer.

Le droit à la communication du dossier médical a longtemps constitué une revendication prioritaire des patients et de leurs associations. Il est aujourd'hui pleinement reconnu par la loi. Il constitue un outil important de la qualité des soins.

Un droit essentiel des patients

- La loi du 4 mars 2002 a élargi le droit des patients à obtenir communication des informations médicales recueillies sur eux par l'hôpital. Les dispositions issues de cette loi[1] visent **non seulement le dossier proprement dit, mais toutes les « informations » concernant l'état de santé du patient**.

- Les établissements de santé sont ainsi « tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article L. 1111-7 » et « le directeur de l'établissement (doit veiller) à ce que toutes mesures soient prises pour assurer la communication de (ces) informations » (art. L. 1112-1 et R. 1112-1, CSP). Il revient donc au directeur de s'assurer que les bonnes procédures sont mises en place dans l'établissement pour l'exercice de ce droit des usagers : recueil et traitement des demandes, réalisation et envoi des copies de documents, etc.

- La loi a prévu que les modalités d'accès aux informations concernant l'état de santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute autorité de santé (initialement par l'ANAES) et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé[2] : l'homologation des recommandations de l'ANAES[3] a donné lieu un arrêté du 5 mars 2004[4], qui a été modifié ultérieurement par un nouvel arrêté du 3 janvier 2007[5]. On s'y référera en cas de besoin. De nombreuses indications du présent guide en sont issues.
Il résulte de cette homologation que ces recommandations sont dotées d'un caractère réglementaire.

- L'accès des patients à leur dossier est un droit, qui doit faire l'objet d'une attention toute particulière. La Haute autorité de santé l'a constitué en une « pratique exigible prioritaire » (PEP) dans son manuel de certification des établissements de santé (14.b).

Critère 14.b | **Accès du patient à son dossier**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades à la qualité du système de santé a posé le principe de l'accès direct du patient à l'ensemble des informations de santé le concernant : les articles R. 1111-1 à R. 1111-8 du CSP, ainsi que les recommandations de la HAS de décembre 2005 ont organisé cet accès.

Ce droit d'accès direct aux informations qui la concernent est significatif de l'évolution du statut de la personne malade à qui il est désormais reconnu le statut de sujet et d'acteur dans la démarche de soins. Le droit d'accès au dossier médical fait partie des moyens dont dispose le patient pour être informé et pouvoir participer aux décisions le concernant. Or, ce droit est encore parfois mal connu et ma appliqué dans les établissements de santé.

Il appartient aux établissements de santé d'informer les patients de leurs droits et de mettre en place une organisation permettant la communication du dossier du patient ou aux personnes autorisées (selon le cas, la personne mandatée par le patient, représentants légaux, ayant droit) selon les modalités et les délais précisés par la réglementation.

E1 Prévoir	**E2** Mettre en oeuvre	**E3** Évaluer et améliorer
L'accès du patient à son dossier est organisé	Le patient est informé des droits d'accès à son dossier. L'accès du patient à son dossier est assuré dans des délais compatibles avec ses besoins.	L'évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients donne lieu à des actions d'amélioration. La CRU est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en oeuvre.

▌La loi et les textes qui y font suite affirment la transparence nécessaire de l'information donnée au patient.
C'est en ce sens qu'a été récemment abrogée la disposition restrictive du Code de déontologie médicale (anc. art. 35), qui prévoyait que le médecin, « dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes qu'(il appréciait) en conscience » pouvait tenir un patient dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave.
Le médecin demeure en revanche tenu de ne révéler un pronostic fatal qu'avec circonspection (art. R. 4127-35, C. santé publ.)[6].

▌Il est important que le patient exerce son droit d'accès au dossier avec la pleine conscience du caractère strictement personnel des informations de santé qui lui sont remises. Tout en laissant le patient bien entendu libre de ses décisions, la HAS a souligné qu'il convenait de l'informer des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, etc.), qui sont exclus du droit de réclamer directement ces informations aux établissements de santé. Ces tiers peuvent en effet être tentés d'exercer des pressions illégitimes pour que le patient leur transmette directement des informations de santé qui le concernent, malgré leur caractère confidentiel[7].

Nature des documents communicables

▌La loi du 4 mars 2002 a prévu que les informations accessibles au patient sont « **notamment** » les résultats d'examen, les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, les feuilles de surveillance, les correspondances entre professionnels de santé (art. L. 1111-7, C. santé publ.).
Le décret d'application de cette loi[8] a établi une liste des documents communicables : il s'agit en premier lieu de ceux qui composent obligatoirement le dossier médical (v. chapitre 1).

▌Mais de façon plus générale, la loi prévoit que « toute personne a accès à **l'ensemble des informations concernant sa santé** détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé (…) à l'exception des informations

mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers »[9].

▪ Les informations communicables doivent donc répondre aux conditions suivantes :

a) être « **formalisées** »[10].

L'arrêté du 5 mars 2004[11] mentionne que « doivent être considérées comme formalisées, les informations auxquelles il est donné un support (écrit, photographie, enregistrement, etc.) avec l'intention de les conserver et sans lequel elles seraient objectivement inaccessibles »[12].

Le support des informations peut donc prendre différentes formes. On notera que la loi du 12 avril 2000[13] a inclus explicitement les documents numériques dans le champ de la loi du 17 juillet 1978, y compris les courriers électroniques[14].

b) être « **détenues** », et ceci « **à quelque titre que ce soit** », par l'établissement de santé ou ses personnels :

- La loi prévoit désormais que le droit à communication s'exerce dans les mêmes conditions, quelles que soient les modalités selon lesquelles les documents ont été obtenues par l'établissement qui les conserve (« à quelque titre que ce soit »)[15].
- Les documents relevant du droit à communication sont les documents produits ou recueillis par l'établissement auprès de qui est faite la demande, et non les seuls documents élaborés par cet établissement ou par un professionnel déterminé : ainsi, l'ensemble des éléments fournis par le médecin traitant, une clinique, un médecin urgentiste ou spécialiste extérieur par exemple sont communicables au patient, dès lors qu'ils sont « détenus » par l'établissement[16].
- L'administration ne peut être tenue de communiquer un dossier qu'elle ne détient pas, une injonction adressée en ce sens à l'établissement en vue de la communication du dossier médical ne pouvant qu'être rejetée[17]. De même, les demandes d'accès doivent porter sur des documents existants : ni la loi du 17 juillet 1978, ni celle du 4 mars 2002 n'ont eu pour objet de créer un droit des personnes à faire établir de nouveaux documents à leur intention.
- Le patient ayant le droit d'accéder à « l'ensemble des informations concernant sa santé, détenues par des professionnels ou des établissements de santé », l'établissement ne peut invoquer le caractère préparatoire de l'information ou du document médical pour en refuser la communication[18]. Le fait que les documents soient manuscrits n'est pas en soi un obstacle à leur communication[19].

c) le cas échéant, **avoir fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé**.

Sur ce point, la loi a confirmé les positions ordinales selon lesquelles les correspondances échangées entre praticiens (que ces derniers exercent en ville ou à l'hôpital) sont constitutives du dossier médical et doivent donc donner lieu à communication[20].

▪ Comme cela a été indiqué, la liste réglementaire des documents communicables est a minima (« notamment ») pour les établissements de santé. Elle n'épuise donc pas les droits des patients qui souhaiteraient avoir accès à d'autres documents, dès lors que les informations justifient du statut d'informations concernant la santé de la personne : clichés radiographiques[21] et d'IRM[22] ; résultats d'examens biologiques ; comptes rendus d'anatomie pathologique ; feuilles de température[23] ; enregistrements vidéos de

séances de thérapie familiale[24], enregistrements audios en psychiatrie, enregistrements sonores de conversations téléphoniques[25] ; « autorisations d'opérer » ou autorisations de soins pour les mineurs ; autorisations d'autopsie ou de prélèvements d'organes, etc.

De nombreux documents sont donc potentiellement concernés. Tout médecin hospitalier doit en effet consigner au dossier « toutes ses observations, ses interventions et les hypothèses qu'il formule en conclusion », et une obligation comparable s'imposant aux sages-femmes et professionnels paramédicaux[26].

- S'agissant des rapports d'expertise établis à propos des dispositifs médicaux (prothèse mammaire, sonde cardiaque, prothèse de hanche par exemple) qui ont été explantés du corps de patients, la CADA considère qu'ils sont communicables[27]. Ceci, dans la mesure, notamment, où ils présentent pour ces patients un intérêt majeur alors que leur communication ne semble pas porter atteinte de façon disproportionnée au secret en matière commerciale et industrielle.

- En revanche, ne sont pas communicables au titre de la loi du 4 mars 2002 les documents établis par une autorité administrative et non par un médecin tels qu'un arrêté d'hospitalisation d'office.

- De même ne sont pas communicables les documents dont la connaissance par le demandeur pourrait porter atteinte à l'anonymat de certaines données protégé par la loi. Il en est ainsi par exemple de documents de traçabilité de l'origine de greffons par exemple[28].

- Les documents, et notamment les comptes rendus, issus des revues de mortalité et de morbidité (RMM) sont anonymes, c'est-à-dire qu'ils ne comportent aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le patient.
Ils sont archivés avec les autres documents qualité et ne doivent contenir aucun document nominatif issu notamment du dossier patient (compte rendu de consultation, compte rendu opératoire, feuille d'anesthésie, résultats d'examens biologiques ou radiologiques, compte rendu d'autopsie, etc.)[29]. Ils ne sont pas communicables aux patients concernés au titre de l'accès au dossier médical.

Les images

- Des images, lorsqu'elles constituent des informations pertinentes sur l'état de santé du patient, sont souvent conservées dans le dossier médical « papier » du patient ou *a minima*, sur tel ou tel autre support (notamment numérique).

- A la sortie du patient ou ultérieurement, « il est possible et peut être légitime de confier au patient ses clichés radiologiques, la seule obligation étant de conserver dans le dossier le compte rendu radiologique »[30]. Il est recommandé d'établir alors une liste des documents remis. Cette liste signée par le patient ou la personne accompagnante (sous forme de récépissé) doit être conservée dans le dossier[31].

- Lorsque les images sont réalisées dans le cadre d'examens externes, elles seront systématiquement remises au patient ou adressées, avec le compte rendu médical, au professionnel ou à l'établissement ayant demandé cette prestation. Une copie du compte rendu et le cas échéant des images seront conservées par l'établissement, dans le cadre général applicable aux examens externes (v. p. 7-8).

L'établissement peut être dans l'impossibilité de reproduire certaines pièces du dossier, notamment en imagerie médicale.
Il doit en informer le patient ou leur proposer de venir les consulter sur place. A défaut, dans des situations où ces documents sont absolument indispensables au demandeur, il pourra remettre les images originales contre signature d'un récépissé par le demandeur ou par envoi recommandé spécifiant que sont communiqués tels ou tels documents qui seront désormais placés sous la responsabilité directe du demandeur.

Les délais de conservation des clichés ne posent *a priori* pas de difficulté lorsqu'ils sont conservés sur un support numérique.
Mais un cliché radiographique sur support argentique ne conserve toute sa valeur que pendant une durée limitée d'environ 10 ans. Ensuite, sa qualité se détériore et il risque de ne plus être interprétable.
Il convient toutefois de le conserver au dossier : en cas de procédure judiciaire, aucun reproche ne pourra être fait sur l'illisibilité des clichés. En revanche, le fait de détruire une radiographie, même devenue inexploitable, sera interprété avec suspicion, car un cliché même de mauvaise qualité peut constituer un commencement de preuve[32].

La CADA a précisé que des clichés, dès lors qu'ils se rapportent à l'état de santé du patient et même s'ils ont été pris et conservés dans un but scientifique, font partie du dossier médical[33].
En revanche, elle a estimé que des photographies prises d'un enfant né sans vie à titre scientifique ne font pas partie du dossier médical et que dès lors, ces documents ne sont pas communicables[34].
La circulaire du 19 juin 2009[35], qui traite des procédures applicables en cas de décès périnatal, prévoit que les professionnels doivent assurer, dans la mesure du possible, la disponibilité des « traces mémorielles » de l'enfant mort-né, telles que des photographies qui auront été prises de l'enfant, qu'elles doivent être conservées dans le dossier médical de la mère et être communiquées en cas de demande. Les informations relatives à l'accouchement et à l'enfant mort-né se trouvent en effet nécessairement dans le dossier de la patiente. En effet, conformément à l'adage « *infans pars mater viscerum* » (l'enfant avant la naissance est une partie du corps de la mère), aucun dossier spécifique n'est constitué pour l'enfant perdu avant la naissance.

Les informations concernant des tiers ne sont pas communicables

La loi prévoit la non-communicabilité d'un certain nombre d'informations (« Toute personne a accès à l'ensemble des informations….. à l'exception des informations… » ; art. L. 1111-7, C. santé publ.) : il s'agit de celles « mentionnant qu'elles ont été **recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers** ».
L'ANAES avait considéré qu'il fallait entendre par informations recueillies auprès de tiers celles qui l'ont été à l'insu du patient[36].

Le patient ne peut ainsi avoir accès à des informations :
- recueillies auprès de son entourage, de ses accompagnants ou d'autres tiers : par exemple, le témoignage de la personne accompagnant le patient aux urgences ou d'un membre de la famille sur ses mœurs, un conflit familial, la

pratique de l'autorité parentale, d'éventuelles addictions, une maltraitance ou des soupçons de maltraitance,…

- concernant d'autres tiers : informations recueillies sur la mère (s'agissant d'un enfant devenu majeur sollicitant des informations sur sa naissance), sur le conjoint, un autre membre de la famille ou de l'entourage.…

▮ A contrario, l'article L. 1111-7 n'exclut pas la communication des informations concernant les tiers **intervenant dans la prise thérapeutique**. Elle autorise donc la communication des **informations identifiant les personnels** et leurs actes. Ceci sous la réserve des dispositions de la loi du 17 juillet 1978 (art. 6-II), qui imposent le retrait, avant communication, des documents et l'occultation préalable des mentions dont la communication serait susceptible de porter atteinte à la protection de la vie privée des personnes concernées (et le cas échéant, à leur sécurité) ou de révéler une appréciation ou un jugement de valeur sur celles-ci (v. p. 7)[37].
Ces dispositions viendront s'appliquer par exemple à un document de signalement de maltraitance à l'autorité administrative[38].

▮ Si les informations dont la connaissance a été acquise par le médecin auprès de tiers et à l'insu du patient ne sont pas communicables, en revanche, toute information donnée par le patient, même si elle concerne un tiers, peut lui être retournée[39].

▮ L'ANAES a recommandé aux professionnels de faire en sorte que ces informations (recueillies par exemple auprès d'un membre de la famille, d'un proche, d'une personne connaissant le patient ou les concernant) soient notées à part dans le dossier et soient facilement identifiables (notification de la personne auprès de qui l'information a été recueillie, code couleur, feuille séparée, etc.), afin d'être aisément extraites du dossier en cas de demande de communication[40].

La protection de la confidentialité

Les restrictions à la communication sont le corollaire d'une obligation générale : les informations médicales sont couvertes par le secret professionnel, en raison de la **protection due à la vie privée et au secret des informations concernant** la personne (art. L. 1110-4 C. santé publ.). Ce point est essentiel, car le dossier médical contient de manière générale des informations qui se rapportent à l'intimité de la vie privée, et au-delà des informations strictement médicales, des informations relatives à la personne et à ses habitudes de vie[41]. Le patient qui s'est confié à des professionnels doit pouvoir être sûr que ce qu'ils ont ainsi appris, s'ils ont estimé nécessaire de le mentionner au dossier car utile pour la prise en charge, ne sera pas divulgué.

Le Code pénal sanctionne la révélation d'informations à caractère secret à des tiers (art. 226-13). Le dossier médical et d'une manière générale les informations détenues par l'établissement sur l'état de santé du patient entrent pleinement dans le champ d'application de ces dispositions.
La communication des informations aux personnes qui le demandent (patient, ayant droit,…) est ainsi placée en miroir d'une organisation construite pour protéger les secrets détenus par les professionnels de santé : le dossier médical est un document qui relève à la fois des règles du secret professionnel et du droit à la communication des informations qu'il contient[42].

On rappellera que le secret médical n'est pas opposable au patient[43].

Dossier médical et secret professionnel

Les informations contenues dans le dossier médical sont protégées par le secret professionnel, qui s'impose à tous les personnels de l'hôpital (art. L. 1110-4, C. santé publ.).

Deux articles du Code pénal traitent des infractions à l'obligation de secret :

- l'article 226-13 : «*La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende*» ;

- l'article 226-14 : «*L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable* :

  1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

  2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

  3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une. Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire ».

La déontologie médicale impose au médecin de faire appliquer ces dispositions par ses collaborateurs : « Le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment » (art. R. 4127-72, C. santé publ.).

Elle prévoit également que « Le médecin doit protéger contre toute indiscrétion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées et examinées, quels que soient le contenu et le support de ces documents » (art. R. 4127-73, C. santé publ.).

Conservation des documents originaux

L'établissement de santé doit toujours conserver les documents originaux du dossier, dont il ne peut remettre que des copies, sauf en cas de procédure judiciaire.

De façon implicite, la loi n'accorde pas au patient le droit d'entrer en possession de pièces médicales originales[44] (sur les images, v. p. 26-27).

L'ANAES a retenu comme principe en 2004, sur le fondement de la règlementation des archives publiques, que le dossier ne doit en aucun cas quitter l'établissement, sauf en cas d'archivage organisé qui permette l'identification et le rapatriement du dossier, si nécessaire, dans des conditions assurant la continuité normale des soins[45].

Ce principe a été confirmé par les dispositions légales permettant désormais l'« externalisation » par l'établissement de santé de la conservation de ses dossiers[46].

Même lorsque le patient est transféré « définitivement » vers un autre établissement de santé et y compris dans le cas où il a lui-même demandé le transfert de son dossier, seule une copie du dossier peut-être adressée au nouvel établissement (sur la transmission de documents entre les hôpitaux de l'AP-HP, v. p. 59).

Ces dispositions ont pour finalité que l'établissement puisse en tant que de besoin, pendant toute la période de conservation, pouvoir produire des documents incontestables sur les éléments de la prise en charge, et de façon exhaustive.

L'éventuelle impossibilité de communication des documents originaux (s'ils ne peuvent matériellement être reproduits pour une raison ou une autre) ne doit pas faire obstacle à leur communication à la personne. Mais en de telles circonstances, le droit d'accès ne peut *a priori* s'exercer que par consultation sur place[47].

Le tri préalable du dossier

▮ Les recommandations de l'ANAES[48] ont apporté des précisions importantes sur cette question.
En principe, le dossier doit être trié avant même qu'il ne soit demandé et avant son archivage. Il ne doit en effet contenir que les documents nécessaires et utiles au suivi ultérieur du patient et ceux que la réglementation impose de conserver.
En fin de séjour, le praticien qui a eu en charge le patient a toute légitimité pour opérer un tri dans « son » ou « ses » dossiers :

- il doit restituer au patient, s'il le souhaite, les documents qu'il a apportés ou qui lui appartiennent,
- il doit éliminer toutes les informations, médicales ou non, qui ne sont pas utiles au suivi du patient ou que la législation n'impose pas de conserver. C'est le cas des résultats biologiques bruts correspondant à de la biologie d'adaptation thérapeutique, qui peuvent être remplacés par une synthèse de la biologie produite au cours du séjour[49],
- il doit détruire les exemplaires redondants d'une même information et les feuilles d'observations qui n'auraient aucune valeur. Tout en étant précisé qu'une fiche d'observation médicale vierge peut dans certains cas représenter une information importante.

▮ Cette sélection des pièces du dossier (« épuration »), qui conduira à l'élimination de documents médicaux, doit être faite avec toute la rigueur, la circonspection et la traçabilité nécessaires, surtout lorsqu'elle est effectuée à l'occasion d'une demande de communication.
Le contexte d'une demande de communication n'est en effet pas idéal pour une « épuration », compte tenu des soupçons qui peuvent naître chez le demandeur qui en prendrait connaissance[50].
Une « épuration » rigoureuse, tracée et loyale présente en tout état de cause l'avantage d'assurer la communication d'un dossier *a priori* plus aisément accessible, et désormais constitué des informations médicales réellement utiles, quelle que soit la finalité de la demande de communication[51].

▮ La loi du 17 juillet 1978 permet d'occulter ou de disjoindre les mentions d'un document qui ne peuvent pas être communiquées.
Elle ne permet pas en revanche de transformer le document ou de remplacer les passages occultés par des mentions nouvelles dont la communication ne poserait pas de difficulté.
Elle n'interdit pas cependant d'élaborer un nouveau document dans lequel les passages à occulter seront remplacés par de nouvelles mentions, à la stricte condition que :

- cette opération soit portée à la connaissance du demandeur,
- les passages ainsi substitués ne permettent pas d'identifier le cas échéant une ou des personnes en cause,
- les mentions communicables en vertu de cette loi ne soient pas altérées[52].

On rapprochera ces dispositions de celles permettant de transmettre aux ayants droit un certificat médical, lorsque l'accès au dossier leur est refusé (art. R. 1111-7, C. santé publ. ; v. p. 96).

Documents de signalement des événements indésirables graves (EIG)

Des informations à caractère médical sont réunies et conservées au sein des hôpitaux dans le cadre de la « gestion des risques ».
En pratique, elles sont retracées dans les dossiers médicaux ou conservées sur d'autres supports construits pour les « vigilances » sanitaires.

La CADA a apporté des indications sur les conditions d'accès à ces documents.

▮ Interrogée sur un dispositif dépourvu d'anonymat (fiches de déclaration d'événements indésirables : incidents et risques d'incidents), elle en a restreint les possibilités de communication : « Après examen des exemplaires vierges des projets de fiches, la CADA constate qu'elles comporteront le nom du déclarant de l'incident, le cas échéant du patient, ainsi que des mentions permettant d'identifier le service et la ou les personnes dont le comportement a provoqué ou risque de provoquer un incident. Dans la mesure où l'occultation de ces mentions ferait perdre tout intérêt à la communication de ces fiches, la CADA estime que la loi fait obstacle à leur divulgation à des tiers »[53].

▮ S'agissant du logiciel « Osiris » déployé au sein des hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, elle a considéré que les fiches qui en sont issues afin de

permettre le recueil de l'ensemble des dysfonctionnements de toute nature constatés au sein de ces établissements, constituent des documents administratifs communicables.

Cette communication n'a toutefois été jugée possible qu'après occultation des informations intéressant la vie privée et le secret médical, ainsi que des mentions révélant une appréciation ou un jugement de valeur portée sur une tierce personne physique ou faisant apparaître le comportement d'une telle personne dans des conditions susceptibles de lui porter préjudice[54].

L'information du médecin traitant du patient

Le Code de la santé publique comprend une série de dispositions organisant l'information du médecin traitant du patient, pendant ou après son hospitalisation. Il prévoit que :

- dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication doit être effectuée ; elle ne peut intervenir toutefois qu'avec l'accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès (art. R. 1112-4, C. santé publ.). Le médecin qui a prescrit l'hospitalisation n'est cependant pas forcément le médecin traitant du patient[55] ;
- en cours d'hospitalisation, le chef de service hospitalier doit communiquer au médecin qu'aura le cas échéant désigné le malade hospitalisé ou sa famille, sur demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du malade (art. R. 1112-6, C. santé publ.) ;
- le médecin traitant doit être informé, le plus tôt possible après la sortie du malade, des prescriptions médicales auxquelles le malade doit continuer à se soumettre. Il doit recevoir toutes indications propres à le mettre en état de poursuivre, s'il y a lieu, la surveillance du malade (art. R. 1112-60, C. santé publ. ; le texte ne mentionne pas l'accord du patient, mais celui-ci s'impose néanmoins, au regard des principes généraux).

Les documents remis à la sortie du patient

Le Code de la santé publique prévoit que le patient doit recevoir en fin de séjour les informations nécessaires à la continuité de ses soins : « À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de la sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désignée, dans un délai de huit jours maximum » (art. R. 1112-1, C. santé publ.).
Il indique notamment que « Tout malade sortant reçoit les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuation de ses soins et de ses traitements et à la justification de ses droits » (art. R. 1112-61, C. santé publ.).
La remise de ces documents constitue une obligation pour l'établissement et non pas une simple faculté.

Il revient au médecin responsable du patient de déterminer les pièces essentielles dont les copies doivent ainsi être communiquées[56]
On rendra au patient s'il le souhaite les clichés et les documents qu'il a lui-même apportés.

La communication d'informations aux services de santé au travail

Les dispositions qui précèdent ne sont pas applicables à la médecine du travail.

Les médecins du travail, chargés de la surveillance sanitaire des travailleurs, ne sont pas en effet appelés à dispenser des soins aux personnes[57]. Ils ne peuvent en conséquence obtenir de renseignements médicaux directement de la part du médecin hospitalier. Leur accès au dossier nécessite l'accord explicite du malade.
Le médecin du travail qui a accédé au dossier médical du malade est par ailleurs tenu au secret vis-à-vis de l'employeur[58].

La communication de données médicales conservées dans un cadre scientifique, statistique ou historique

- A l'issue de la durée réglementaire de conservation des informations médicales (en principe : 10 ou 20 ans ; v. chapitre 20), la conservation d'une partie des dossiers peut être décidée par l'administration des Archives « pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique » (art. R. 1112-7, C. santé publ.)[59].
Ces informations peuvent sous certaines conditions être communiquées, ces dispositions s'appliquant notamment aux chercheurs, étudiants et généalogistes[60].

- En application des dispositions de l'article L. 213-2 du Code du patrimoine, les informations, y compris médicales, relatives à une personne décédée sont librement communicables à compter d'un certain délai[61] :
    - 25 ans à compter de la date du décès pour les documents dont la communication porte atteinte au secret médical (registre des décès au cas où il comporterait des informations médicales, dossier médical s'il a été conservé, etc.),
    - 120 ans à compter de la date de naissance du patient, si sa date de décès n'est pas connue.

Des dérogations sont toutefois possibles (art. L. 213-3, C. patrimoine) : l'autorisation de consultation de documents d'archives publiques avant l'expiration des délais qui viennent d'être indiqués peut être accordée aux personnes qui en font la demande dans la mesure où l'intérêt qui s'attache à la consultation de ces documents ne conduit pas à porter une atteinte excessive aux intérêts que la loi a entendu protéger. L'autorisation est accordée par l'administration des archives aux personnes qui en font la demande après accord de l'établissement de santé.
L'administration des archives peut également, après accord de l'établissement, décider l'ouverture anticipée de fonds ou parties de fonds d'archives publiques.

La non communicabilité des documents en cas de procédure judiciaire

La loi du 17 juillet 1978 précise que les documents faisant l'objet d'une procédure judiciaire ne peuvent être transmis aux personnes en faisant la demande, qui ne peuvent y accéder qu'avec l'accord du juge en charge de l'affaire (art. 6-2°).

En effet, les documents dits juridictionnels, à savoir les documents produits par un juge ou à la demande de celui-ci, liés à une procédure en cours, produits par une autorité administrative à l'intention du juge ou encore déclenchant une procédure, ne présentent pas un caractère administratif et n'entrent donc pas dans le champ de la loi du 17 juillet 1978.

Cette disposition implique donc par exemple, **s'agissant d'un dossier médical** (ou de certaines pièces) **qui aurait été saisi** par un magistrat ou à sa demande, de recueillir son autorisation avant toute transmission au demandeur de sa copie conservée par l'établissement.

Peuvent être définis comme documents juridictionnels, notamment :

- les jugements, ordonnances, décisions ou arrêts rendus par les juridictions de l'ordre judiciaire ou de l'ordre administratif[62] ;
- un signalement de maltraitance transmis à l'autorité judiciaire. Un établissement de santé n'est donc pas compétent pour transmettre ce document aux patients ou ayants droit qui en feraient la demande[63];
- des dossiers de mise sous tutelle[64] ;
- un certificat médical transmis à l'autorité judiciaire en vue de demander une mise sous sauvegarde de justice, seule l'autorité judiciaire pouvant décider de sa communication[65] ;
- des rapports d'examen psychologique et psychiatrique prescrit par une ordonnance aux fins d'investigation et d'orientation éducative d'un juge des enfants[66] ;
- un rapport d'autopsie médico-légale[67] ;
- un rapport d'expertise psychiatrique établi à la demande du procureur de la République[68] ;
- des documents qui ont été produits ou reçus dans le cadre et pour les besoins d'une procédure juridictionnelle devant le juge des libertés et de la détention : avis médical délivré par l'établissement afin de justifier une hospitalisation complète ; observations écrites du procureur de la République[69] ;
- un courrier rédigé par le procureur de la République, dans le cadre des dispositions du Code de la santé publique qui prévoient que lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, elles avisent immédiatement le préfet afin que celui-ci prenne sans délai toute mesure utile[70].

Notes du chapitre 2

1- Concernant la communication du dossier médical, elles figurent pour l'essentiel à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

2- Art. L. 1111-9, C. santé publ.

3- « Accès aux informations concernant la santé d'une personne – Modalités pratiques et accompagnement», ANAES 2004 ; une version modifiée en a été publiée par la Haute autorité de santé en décembre 2005

4- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation…, préc.

5- Arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 préc.

6- Le texte constituant l'article 35 du Code de déontologie médicale est ainsi aujourd'hui rédigé (art. R. 4127-35, C. santé publ.) : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite ».

7- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 5

8- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002

9- Art. L. 1111-7, C. santé publ.

10- V. note n° 53, p. 20. Ces documents n'ont pas à être complètement formalisés (CADA, avis n° 20041645 du 15 avril 2004, Directeur du CHU de Montpellier) et ils peuvent être manuscrits (CAA Paris, 30 septembre 2004, n° 03PA01769 ; CADA, avis n° 20070800 du 2 février 2007)

11- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne.

12- Sont ainsi communicables les enregistrements sur bande magnétique des conservations téléphoniques entre le médecin régulateur du SAMU, les proches de la victime et le médecin dépêché auprès d'elle. En revanche, des photographies d'un enfant né sans vie et réalisées dans un but scientifique ne figurent pas en principe au nombre des éléments du dossier médical (sur ce dernier point, v. CADA, Directeur du Centre hospitalier intercommunal de Chatillon-sur-Seine et Montbard, avis n° 20071968 du 24 mai 2007).

13- Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000

14- CADA, Directeur général de l'AFSSA, conseil n° 20020741 du 14 mars 2002

15- L'article L. 1111-7 du Code de la santé publique, dans sa rédaction initiale issue de la loi du 4 mars 2002, disposait de façon plus restrictive que toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé (qui) « ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention.»

16- CADA, Directeur du Centre hospitalier René Prévot, conseil n° 20062025 du 11 mai 2006

17- TA Paris, 14 mai 2013, n° 1303837. Les informations recueillies sous un mode anonyme (accouchement sous X, prise en charge anonyme d'un patient toxicomane) ne sont par ailleurs pas communicables, par leur nature même.

18- CADA, Ministre de la santé et de la protection sociale (DDASS de l'Indre), avis n° 20044850 du 16 décembre 2004. En ceci, le droit à la communication des informations médicales est plus étendu que celui des autres informations « administratives » au sens de la loi du 17 juillet 1978 (v. p. 8-9). S'agissant de pièces de nature médicale (dossier médical, rapports d'expertise,…), le caractère préparatoire des documents ne saurait être invoqué pour refuser, même temporairement, la communication à l'intéressé.

En effet, le droit à l'information médicale de la personne, affirmé par l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique, prime sur toute autre considération.

19- *CADA, Directeur du CHU de Montpellier, conseil n° 20041645 du 15 avril 2004*

20- *V. Rapport du Dr. F.-X. Mercat, « Les courriers entre médecins », adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins, 30 janvier 1998. CADA, Directeur de l'hôpital général de Clermont-de-l'Oise, avis n° 20064906 du 9 novembre 2006 : sur des correspondances échangées entre plusieurs structures de soins.*

21- *CADA, Directeur général de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (hôpital d'enfants Armand-Trousseau), avis n° 20070859 du 8 février 2007*

22- *CADA, Directeur du Centre hospitalier Les Chanaux, avis n° 20071963 du 3 mai 2007*

23- *HAS, Accès aux informations …, préc., p. 6*

24- *CADA, Directeur du Centre psychothérapique de Nancy, avis n° 20050872 du 17 février 2005*

25- *CADA, Directeur du SDIS du Gers, avis n° 20042830 du 8 juillet 2004*

26- *HAS, Accès aux informations …, préc., p. 6 ; ANAES, Dossier du patient : Amélioration..., préc. p. 18*

27- *CADA, Directeur du Centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne, conseil n° 20112147 du 7 juillet 2011*

28- *CADA, Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand « Estaing », avis n° 20123251 du 27 septembre 2012*

29 - *HAS, Revue de mortalité et de morbidité, 2009, p. 16-17*

30 - *La HAS a indiqué que l'impossibilité éventuelle de reproduction de radiographies ne doit pas faire obstacle à leur communication à la personne et « qu'en de telles circonstances, le droit d'accès ne peut s'exercer que par consultation sur place » (HAS, Accès aux informations…, préc., p. 12). Cette indication doit être confrontée aux recommandations non concordantes de l'ANAES (ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 30), qui admettent – elles – la remise de clichés contre récépissé, et paraissent de fait plus conformes aux droits des patients en la matière, tout en garantissant la conservation du compte rendu radiologique par l'établissement. Voir aussi l'art. 117 du règlement intérieur de l'AP-HP.*

31- *ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 30. Le récépissé pourra être formulé ainsi : « Je soussigné(e) (nom et prénom), (le cas échéant : représentant légal ou ayant droit de) M., Mme (nom et prénom) atteste qu'il m'a été remis ce jour à ma demande les originaux des clichés d'imagerie médicale suivants (décrire les documents remis et leur nombre)… J'ai bien noté que je suis désormais le seul dépositaire de ces documents, extraits du dossier médical n°… Fait à…, le…, Signature du demandeur, Nom, fonction et service de la personne ayant effectué la remise ».*

32- *Indication tirée du vademecum « Dossier médical » publié par la MACSF (v. site www.macsf.fr)*

33- *CADA, Centre hospitalier Emile Durkheim, conseil n° 20130176 du 24 janvier 2013 ; il s'agissait de clichés photographiques du site opératoire pris à l'occasion d'interventions chirurgicales*

34- *Avis CADA n°20071968 du 18 avril 2007, CHI de Châtillon-sur-Seine et de Montbard ; v. aussi TA Paris, 16 octobre 2013, req. n° 110257216-3 (sur la responsabilité éventuelle de l'établissement de santé résultant du défaut de communication de clichés radiographiques).*

35- *Circulaire n°2009-182 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus*

36- *ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 48*

37- *Les informations suivantes sont en principe protégées (source www.cada.fr) :*
- au titre de l'état civil : date de naissance et âge, lieu de naissance, situation matrimoniale et familiale en générale
- le nom et le prénom d'une personne ne font pas, par eux-mêmes, partie des éléments protégés au titre de la vie privée.

- les coordonnées personnelles : adresse postale, adresse électronique, numéro de téléphone, liste des numéros appelés, lieu d'hébergement.
- la situation patrimoniale et financière : patrimoine immobilier ; revenus perçus
- la formation : formation initiale, inscription dans un établissement d'enseignement, diplômes, formation professionnelle et curriculum vitae.
- l'appartenance politique ou religieuse.
- la situation professionnelle : dates de congés, congé de maternité ou parental, horaires de travail, taux d'incapacité.

38- CADA, avis n° 20090455 du 2 avril 2009, Président du Conseil général de la Haute-Savoie (Direction de la protection de l'enfance)

39- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 28

40- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 28

41- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 6

42- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 35

43 - CNOM, Commentaires du Code de déontologie médicale, sous l'article 4 (site www.conseil-national.medecin.fr)

44- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Nemours, conseil n° 20043197 du 22 juillet 2004

45- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 58

46- L'article L. 1111-8 du Code de la santé publique, introduit par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 a en effet prévu que « les établissements de santé (…) peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet ; Art. L. 212-4 II C. patrimoine : « (…) Lesdites personnes peuvent, après en avoir fait la déclaration à l'administration des archives, déposer tout ou partie de ces documents auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet par ladite administration. Le dépôt fait l'objet d'un contrat qui prévoit les conditions de sécurité et de conservation des documents déposés ainsi que les modalités de leur communication et de leur accès, du contrôle de ces documents par l'administration des archives et de leur restitution au déposant à l'issue du contrat. Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de la déclaration préalable ainsi que les conditions d'octroi et de retrait de l'agrément des dépositaires, (…) ».

47 - HAS, Accès aux informations…, préc. p. 12

48- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 58

49- Les résultats des examens biologiques validés par le laboratoire doivent seuls être conservés dans les dossiers pendant le séjour. En fin d'hospitalisation, il est souhaitable que ne soit conservée qu'une fiche de synthèse biologique produite par le laboratoire (HAS, Accès aux informations…, préc. p. 18).

50- Sur les sanctions résultant de la destruction volontaire de documents pouvant servir de preuve, v. p.155

51 - Si cette sélection est réalisée au moment de l'archivage, elle doit donner lieu à la rédaction d'un bordereau d'élimination visé par le conservateur des archives. L'article L. 212-2 du Code du patrimoine précise en effet que « la liste des documents ou catégories de documents destinés à l'élimination ainsi que les conditions de leur élimination sont fixées par accord entre l'autorité qui les a produits ou reçus et l'administration des archives ».

52- CADA, Directeur de la CPAM de Colmar, conseil n° 20092151 du 2 juillet 2009

53- CADA, Directeur du Centre hospitalier Robert-Ballanger, conseil n° 20061359 du 27 avril 2006

54- CADA, Directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (Groupe hospitalier Sainte-Périne), avis n° 20093247 du 24 septembre 2009

55- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 38.
On notera que « l'établissement de santé (doit recueillir) auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite (…) que soient transmises (les informations) utiles à la continuité des soins après sa sortie » (art. L.1111-2, C. santé publ.).

56- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 26

57- Art. L. 366, Code de la Sécurité sociale ; CE, 1er décembre 1997 ; art. L. 4622-3, C. travail

58- Le médecin du travail, tout en étant obligé de garder le secret sur ses constatations médicales, doit dans le domaine qui lui est propre, renseigner l'employeur en lui fournissant des éléments de fait nécessaires aux décisions à prendre (C. cass, Ch. crim., 6 juillet 1972).

59- L'arrêté du 11 mars 1968 précise que les dossiers terminés par les chiffres 100, 350, 600 et 850 sont conservés comme échantillon historique par le service des archives. Cet échantillonnage peut être enrichi qualitativement après concertation entre l'équipe de soin et l'autorité d'archives.

60- v. Circulaire DHOS n° 2009-271 du 21 août 2009 relative à la communicabilité des informations de santé concernant une personne décédée ayant été hospitalisée dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé chargé d'une mission de service public.

61- Les dossiers médicaux, qui ont le caractère d'archives publiques au sens des dispositions de l'article L. 211-4 du Code du patrimoine, sont librement communicables à toute personne qui en fait la demande une fois écoulés l'un ou l'autre des délais prévus par l'article L. 213-2 du même code, les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique, qui fixent les conditions dans lesquelles les informations concernant une personne décédée peuvent être délivrées à ses seuls ayants droit, n'étant alors plus applicables (CADA, Président du Conseil général du Finistère, conseil n° 20120223 du 26 janvier 2012).

62- CADA, Maire de Lyon, conseil n° 20053620 du 3 novembre 2005

63- CADA, Président du conseil général de la Seine-Saint-Denis, avis n° 20073860 du 11 octobre 2007

64- CE, 27 avril 1998, Darrieulat ; CADA, Président du Tribunal d'instance de Nancy, avis n° 20100666 du 25 mars 2010

65- CADA, Directeur de l'Établissement public de santé mentale des Flandres, avis n° 20104620 du 2 décembre 2010

66- CADA, Directeur du Centre hospitalier départemental de la Candélie, avis n° 20120948 du 8 mars 2012

67- CADA, Directrice du Centre hospitalier de Béziers, conseil n° 20123718 du 22 novembre 2012

68- CADA, Directeur général du CHRU de Strasbourg, avis n° 20102457 du 8 juillet 1970

69- CADA, Association hospitalière de Franche-Comté, avis n° 20123815 du 22 novembre 2012. Mais dans le cas où, au contraire, ce certificat n'aurait pas été établi pour les besoins de la procédure judiciaire, mais aurait seulement été versé au dossier du juge, cette circonstance ne lui ferait pas perdre le caractère de document administratif, et il serait communicable à l'intéressé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

70- CADA, Ministre de la santé et des sports (DDASS de Gironde), avis n° 20100735 du 25 février 2010

3. La demande du dossier

Une fois posé le droit du patient à accéder à ses données médicales, encore faut-il qu'il soit mis en œuvre de façon appropriée. Ceci dans l'intérêt du patient, mais compte tenu aussi de la vigilance qui s'impose à l'égard de données sensibles.

Le principe d'autonomie du patient trouve ici son application dans la faculté dont il dispose de déterminer en grande partie les conditions dans lesquelles il prendra connaissance de son dossier.

L'établissement y contribuera en informant les patients de la réglementation et des aspects pratiques de l'accès au dossier : cette information doit notamment faire l'objet d'un chapitre explicatif dans le livret d'accueil de l'établissement.[1]

Bien informé de ces modalités, le patient pourra formuler sa demande de communication de telle sorte qu'il puisse y être donné suite dans les meilleures conditions.

Formalisme de la demande

- Les conditions de communication du dossier médical sont précisées de façon détaillée par la HAS[2] . De ses recommandations sont issues pour l'essentiel les indications qui suivent.

- D'une manière générale, les demandes de communication, notamment pendant le séjour à l'hôpital[3], peuvent se faire **oralement** dans le cadre de la relation de soin[4].
La communication du dossier fera cependant généralement suite à une **demande formalisée par écrit**.

- La demande de communication doit être effectuée **par la personne concernée**, par **son ayant droit** en cas de décès ou encore **par la personne** ayant l'autorité parentale ou par **le tuteur**.
Elle peut l'être le cas échéant par le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire.
Elle doit être adressée au directeur de l'établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et « dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés »[5].

- Avant toute communication, le destinataire de la demande doit s'assurer de l'identité du demandeur, en exigeant de sa part, la production des pièces en justifiant y compris lorsque la demande est présentée par voie postale ou électronique[6]. Aucune demande ne peut être satisfaite sans certitude sur l'identité du demandeur[7].
L'établissement doit s'assurer, en cas de doute, de la qualité de médecin de la personne désignée comme intermédiaire.

- Pour faciliter le traitement de sa demande, il est recommandé d'informer la personne que sa demande sera plus facile à honorer si elle précise d'emblée :
  - son identité, en fournissant si besoin les pièces nécessaires pour qu'elle puisse être vérifiée (ainsi, en cas de demande postale, la photocopie recto verso d'une pièce d'identité) ;
  - la nature de sa demande : ensemble du dossier ou partie du dossier correspondant à une hospitalisation particulière ou pièces particulières du dossier ;
  - les modalités souhaitées de communication : envoi postal, communication sur place à l'hôpital ou à un cabinet de médecine libérale, envoi postal à un médecin désigné.

- Il revient à l'établissement :
  - d'accuser réception de la demande par tout moyen[8], même si elle est imprécise, et d'y donner suite avec la même diligence ;
  - d'informer la personne des coûts liés à la reproduction et à l'envoi des documents, du fait de la nature et du volume du dossier ;
  - de décrire et proposer l'accompagnement prévu par l'établissement (v. p. 45-48), pour les personnes qui le souhaitent ;
  - d'indiquer si le médecin recommande la présence d'une tierce personne lors de cette consultation, recommandation que la personne n'est pas obligée d'accepter sans que ce refus porte préjudice à son droit d'accès.

- Lorsque la personne n'a pas précisé dans sa demande les modalités de communication qu'elle souhaite, il est recommandé :
  - de lui proposer de remplir un formulaire type (v. p. 43), afin d'éviter à la fois les demandes imprécises et de mettre en évidence les différentes possibilités d'accès au dossier ;
  - de décrire la procédure par défaut prévue par l'établissement, procédure qui s'applique en l'absence de précision ou en cas de non réponse du demandeur sur les modalités de communication.

- Lorsque le médecin souhaite subordonner la consultation des informations à la présence d'un médecin (hypothèse qui doit rester exceptionnelle et limitée aux seules informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, v. chapitre 10), il convient :
  - de demander au patient de désigner le médecin dont il souhaite être accompagné ;
  - de lui préciser qu'il peut s'opposer à cet accompagnement, mais que dans cette hypothèse, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) sera saisie et que son avis s'imposera.

- Le patient n'est pas tenu de justifier sa demande de communication[9]. Mais cette justification est en revanche obligatoire lorsque la demande est effectuée par l'ayant droit d'un patient décédé[10].

- Les informations peuvent être demandées à plusieurs reprises.

Si le décret du 29 avril 2002[11] a abrogé les dispositions antérieures du Code de la santé publique[12] selon lesquelles, en cas de demandes répétitives, les établissements de santé ne pouvaient être « tenus de satisfaire les demandes de communication manifestement abusives par leur nombre ou leur caractère systématique »[13], ces dispositions demeurent

dans des termes proches à l'article 2 de la loi du 17 juillet 1978 qui évoque « les demandes abusives, en particulier par leur nombre, leur caractère répétitif ou systématique ».En revanche, lorsque le requérant demande l'accès à des documents complémentaires à ceux qui ont déjà été transmis, la demande ne peut être jugée irrecevable et doit être satisfaite[14].

- La circonstance qu'une demande écrite n'ait pas été rédigée par le patient lui-même ne fait pas obstacle à ce qu'elle soit satisfaite, si celui-ci y a expressément consenti en la signant personnellement[15]. Il en est de même si le demandeur ne peut, pour des raisons matérielles manifestes, répondre aux impératifs fixés par la réglementation (courrier adressé au directeur, etc.), mais que sa volonté peut s'exprimer autrement[16].

- Lorsque l'établissement est saisi d'une demande de dossier médical (ou d'un document qui le compose) qu'elle ne détient pas, mais qui est détenu par un autre établissement de santé assurant le service public, il est tenu de transmettre cette demande à l'établissement concerné et d'en aviser l'intéressé[17].

- Si la personne a demandé un envoi, il est recommandé de préciser les points suivants dans la réponse accusant réception de la demande :
    - le caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier, notamment vis-à-vis de tiers (famille et entourage, employeur, assureur, etc.) ;
    - les coûts liés à la reproduction et à l'envoi des documents, du fait de la nature et du volume du dossier. En cas de nécessité, un second courrier sera adressé dans les meilleurs délais, présentant une estimation du coût prévisionnel de la reproduction, si le premier courrier ne l'a pas précisé ;
    - la possibilité d'une consultation du dossier sur place, notamment quand le coût de reproduction est important, en recommandant ou non la présence d'une tierce personne. En cas de refus ou d'absence de réponse, les modalités retenues initialement par la personne seront suivies dans le délai prévu par la réglementation.

Refus de communication

Quelque soit le droit du patient à avoir accès aux informations médicales le concernant, l'établissement peut dans certains cas, pour des raisons légitimes, ne pas donner suite à sa demande.
Il peut s'agir des demandes considérées comme abusives ou encore quand l'établissement n'est pas détenteur des documents demandés (v. p. 25). De même, les informations concernant les tiers ne sont pas communicables.
Il peut être également fait refus à la demande de communication d'un dossier médical saisi par les autorités de justice (sur les documents juridictionnels, v. p. 34).

En cas de refus, la direction de l'hôpital devra :
- motiver sa décision ;
- indiquer au demandeur ses voies de recours possibles en l'invitant à saisir la CADA (voir chapitre 22).

Notes du chapitre 3

1- Art. R. 1112-9, C . santé publ.

2- HAS, Accès aux informations …, préc.

3- La communication peut en effet aussi bien avoir lieu quand l'hospitalisation est achevée ou quand elle est en cours. CADA, Directeur du CHU de Rennes, avis n° 20052115 du 26 mai 2005.

4- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 8

5- Art. R. 1111-1, C. santé publ

6- Arrêté du 5 mars 2004 préc., point IV-1
Le courrier de demande devra donc être accompagné en pièces jointes (documents photocopiés et scannés ou télécopiés) des copies des pièces d'identité justificatives.

7- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 9

8- L'établissement devra conserver soigneusement la preuve de la date de réception (cachet de la Poste ou du vaguemestre de l'hôpital).

9- CADA, Directeur de l'EPSM de l'agglomération lilloise, avis n° 20051949 du 26 mai 2005. L'établissement ne peut refuser à un patient l'accès à son dossier médical en raison de l'utilisation qu'il pourrait en faire ou de le subordonner à des conditions relatives à cette utilisation. Ceci ne prive pas cependant l'établissement de pouvoir conduire toute action judiciaire appropriée au vu du comportement du demandeur et de l'usage qu'il fera de ces données médicales, ni de pouvoir le mettre en garde sur ce point.

10- HAS, Accès aux informations …, préc. p. 8

11- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002

12- Anc. art. R. 710-2-2, C. santé publ.

13- La CADA apprécie le caractère abusif des demandes, au cas par cas et non en considération du demandeur, selon des critères tels que :
- leur nombre et le volume de documents demandés ;
- leur caractère répétitif et systématique, notamment sur un même sujet ;
- la volonté de mettre l'administration dans l'impossibilité matérielle de les traiter ;
- la possibilité qu'a eu le demandeur d'accéder au document dans un passé proche ;
- l'existence d'un contexte tendu, voire de contentieux entre le demandeur et l'administration saisie ;
- le refus de ce dernier de payer les frais qui lui ont été demandés...»
(v. Les demandes abusives, site www.cada.fr)

14- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Longjumeau, conseil n° 20024128 du 27 juin 2002

15- CADA, Centre hospitalier public du Cotentin, conseil n° 20131764 du 25 avril 2013

16- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Cahors, conseil n° 20043200 du 22 juillet 2004 : une jeune femme majeure, tétraplégique, ne faisant l'objet d'aucune mesure de protection (tutelle ou curatelle), incapable de parler ou d'écrire, mais possédant «toutes ses facultés mentales», avait pu communiquer «en clignant des paupières, avec des mouvements de la bouche ou des regards», manifestant sa volonté d'accéder, elle-même, par l'intermédiaire de son père, à son dossier médical.

17- Art. 2 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée



Demande de communication de documents médicaux par le patient ou son représentant

Identité du patient

M./Mme *(nom, prénoms ; pour les femmes mariées précisez le nom de jeune fille)*

____

Né(e) le ____________________ **Tél. :** ____________________

Courriel ____________________ **@** ____________________

Adresse postale ____

____

Qualité du demandeur si différent du patient : père[1] - mère[1] *(si patient mineur)*, tuteur[2], mandataire[3] *(rayez la mention inutile)*

M./Mme *(nom, prénoms)* ____

Adresse ____

____

Demande à obtenir communication des documents suivants : *(cochez la ou les cases et complétez)*

- ❑ compte rendu d'hospitalisation (CRH) du ____________ au ____________
- ❑ pièces essentielles du dossier médical *(CRH, CR opératoire, résultats des examens récents)*
- ❑ autres documents, *précisez :* ______________________________

Nom de l'hôpital ______________________________

selon les modalités suivantes :

- ❑ envoi postal à l'adresse du demandeur
- ❑ remise sur place à l'hôpital ______________________________
- ❑ envoi postal au docteur *(nom, prénom, adresse)* ______________________________

____

Renseignements complémentaires facilitant la recherche *(dates de l'hospitalisation, service d'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient)* ______________________________

Date : **Signature :**

Pièces justificatives :

Joindre une copie d'une pièce d'identité au nom du patient (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

1 la copie du livret de famille
2 la copie du jugement de tutelle
3 un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical

Les frais de copie et d'envoi sont facturables



Demande de communication de documents médicaux par l'ayant droit d'un patient décédé

Je, soussigné(e), M./Mme *(nom, prénom)*

____

Adresse postale ______________________________

____

Tel. : ___/___/___/___/___/

Courriel ____________________ @ ____________________

Lien avec le patient ______________________________

Ayant droit de :

- M./Mme *(nom, prénom, nom de jeune fille)* ______________________
- Date de naissance ___/___/___ - Décédé(e) le ___/___/___
- Suivi à l'hôpital ______________________________

  dans le service ______________________________

demande la communication de documents médicaux établis à son nom, pour le motif suivant : *(article L.1110-4 du code de la santé publique dernier alinéa)*

❑ connaître les causes du décès

❑ faire valoir un droit [1] ______________________________

❑ défendre la mémoire du défunt [2] ______________________________

1 et 2, préciser obligatoirement quel(s) droit (s) vous entendez faire valoir ou en quoi la mémoire du défunt doit être défendue.

Attention : les médecins ne communiqueront que les éléments du dossier **répondant strictement à l'objectif poursuivi**, précisé ci-dessus.

Date : **Signature :**

Justificatifs à produire dans tous les cas : copie d'une pièce d'identité à votre nom à laquelle il convient d'ajouter :

- pour le conjoint survivant et enfant(s) : copie du livret de famille
- pour les autres demandeurs :
  - acte de notoriété ou acte de dévolution successorale établis par un notaire attestant de leur qualité d'ayant droit ; ou certificat d'hérédité (pour les communes qui les délivrent)
  - copie de l'acte de décès, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement

Les frais de copie et d'envoi sont facturables.

4. Comment communiquer le dossier

Les modalités concrètes de communication du dossier méritent toute l'attention. D'elles dépendra souvent la bonne information du patient, sur un support adapté, au moment où l'accès aux données est vraiment utile, à un coût acceptable et le cas échéant avec l'accompagnement nécessaire à une bonne compréhension.

La communication doit autant que possible s'inscrire dans une démarche de dialogue et d'empathie. Elle constitue en effet une modalité du devoir d'information.

Le droit à communication des informations est, de son vivant, réservé à la personne concernée (ou au titulaire de l'autorité parentale[1] ou au tuteur le cas échéant) et à elle seule. Il lui revient d'exprimer elle-même sa demande, nul ne pouvant s'y substituer[2].

La communication : « directe » ou par un médecin intermédiaire

- La loi du 4 mars 2002 a consacré le droit du patient, et à de strictes conditions ses ayants droit, de se voir communiquer «directement» le dossier médical : elle prévoit que le patient « peut accéder aux informations **directement** ou **par l'intermédiaire d'un médecin** qu'(il) désigne et en obtenir communication » (art. L. 1111-7, C. santé publ.). Il a ainsi été mis fin aux dispositions antérieures[3] qui prévoyaient une communication du dossier par l'intermédiaire obligatoire d'un praticien désigné par le patient ou par l'ayant droit en cas de décès.

La désignation d'un « médecin intermédiaire »[4] est ainsi devenue facultative, le choix éventuel en appartenant au patient, au titulaire de l'autorité parentale ou au tuteur.

On notera cependant que dans tous les cas, la communication est effectuée concrètement par un médecin[5], l'administration hospitalière ne devant pas communiquer « directement » le dossier au demandeur.

- Si le patient souhaite prendre connaissance des informations sans l'accompagnement d'un médecin, le dossier ou les informations lui seront en tout état de cause communiqués par le médecin responsable de la structure concernée ou par un membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet (art. R. 1112-1, C. santé publ.). Le rôle du médecin sera alors de contribuer à la communication exhaustive des documents, dans une présentation et selon un classement favorisant leur lecture.

- Le patient pourra au contraire souhaiter un accompagnement médical dans le cadre d'une consultation sur place. Cet accompagnement lui permettra le cas échéant de bien comprendre la nature et la portée des informations et de recevoir des précisions supplémentaires. L'établissement doit lui en proposer les modalités : en premier lieu, l'intervention d'un médecin qui s'y prêtera.

Conformément à la déontologie médicale, le médecin devra remplir cette mission d'intermédiaire en tenant compte des seuls intérêts du patient et se récuser si les siens sont en jeu[6].

Consultation sur place ou envoi des documents

- La communication peut donc s'effectuer, au choix du demandeur :
  - soit par consultation sur place[7] avec, le cas échéant, remise de copies de documents,
  - soit par l'envoi de copies des documents.

Lorsque la demande est imprécise ou qu'elle n'exprime pas de choix quant aux modalités de communication, le détenteur des informations doit informer le demandeur des différentes modalités de communication réglementaires et lui indiquer celles qui seront utilisées à défaut de choix de sa part.
Si au terme du délai de 8 jours ou de 2 mois prévu par le Code de la santé publique[8], le demandeur n'a toujours pas précisé sa volonté, le détenteur des informations doit les mettre à disposition sous la forme qu'il lui avait précédemment indiquée (art. R. 1111-3, C. santé publ.)

- En cas de demande de consultation sur place, un rendez-vous doit être proposé au patient, avec un accueil personnalisé (sur le délai, v. p. 50).

- Les copies doivent être établies sur un support analogue à celui utilisé initialement (CD Rom, copie de clichés, etc.) ou sur papier, au choix du demandeur. Elles seront réalisées dans la limite des possibilités techniques de l'établissement et sous réserve que la reproduction ne nuise pas à la conservation des documents. La loi du 12 avril 2000[9] autorise les demandeurs à solliciter la délivrance de tous les documents qui les intéressent sur un support informatique, à condition que la reproduction soit techniquement possible pour l'administration[10].

- L'établissement peut numériser des documents pour les transmettre sous ce format au patient ou à l'ayant droit qui les sollicite. Mais elle ne peut être tenue d'y procéder[11].

- La HAS a souligné que « La communication du dossier à la personne répond souvent à une demande d'information, qui survient a posteriori (et qu') elle peut pallier un déficit antérieur d'information. Une attention particulière doit donc être consacrée à ce type de demandes lors de la communication du dossier. La présence ou la disponibilité d'un médecin peut permettre de répondre à cette attente, mais ne doit pas entraver le souhait de la personne de consulter directement son dossier. Pour ce faire, il est recommandé une consultation sur rendez-vous, qu'elle ait pour motif une demande de consultation du dossier, une demande de remise de copies du dossier ou une demande d'explications *a posteriori*. Elle doit être considérée au même titre qu'un autre acte médical, relevant des règles de la déontologie et de bonnes pratiques.

La finalité de cette consultation est de favoriser l'accès direct et la compréhension par la personne des informations la concernant. Elle ne peut être assimilée à un entretien de conciliation ou de médiation.

Quand la personne et l'établissement ou le professionnel de santé sont distants ou lorsque la personne ne peut se déplacer, il est recommandé de proposer l'accès au

dossier par l'intermédiaire d'un médecin choisi par la personne. En cas de refus ou si cette proposition n'est pas retenue dans le délai prévu pour communiquer le dossier, la copie de ce dernier est envoyée directement à la personne.

Quand la personne n'exprime pas de choix entre les différentes modalités de communication du dossier, il est recommandé qu'une consultation sur place avec accueil personnalisé dans le cadre d'un entretien médical soit proposée par défaut »[12].

- En cas de consultation sur place, on proposera un dispositif d'accueil au sein du service ou de l'établissement, dans un espace adapté[13]. Les conditions devront permettre de préserver l'intégrité du dossier (éviter les vols, dégradations, falsifications, pages arrachées, etc.).

Dans le cadre d'une consultation accompagnée, l'établissement doit proposer un médecin qui pourra être présent ou sera disponible pour répondre aux éventuelles questions du demandeur. Idéalement, ce médecin sera celui qui a pris en charge la personne.

Dans le cas particulier de la présence d'une tierce personne lors de la consultation du dossier, à la demande de la personne ou du médecin, il convient d'informer :

- le demandeur du fait que la tierce personne aura connaissance d'informations strictement personnelles sur sa santé ;
- la tierce personne qu'elle est tenue de respecter la confidentialité des informations de santé de la personne qu'elle accompagne.

Si le demandeur souhaite la présence d'un tiers, mais ne peut pas désigner une personne dans son entourage, le recours à une personne qui n'a pas de conflit d'intérêts vis-à-vis des informations concernant sa santé (personne issue du milieu associatif, assistante sociale, médecin autre que le détenteur des informations auxquelles le demandeur souhaite avoir accès) peut lui être proposé, non seulement au moment de la consultation sur place du dossier, mais aussi lors du suivi éventuel.

- En cas d'envoi d'une copie du dossier, la HAS recommande que le courrier d'accompagnement informe des difficultés possibles d'interprétation des informations, et le cas échéant, des conséquences que peut avoir sur la personne la révélation de certaines informations. Un accompagnement médical (la présence d'un médecin pour la consultation des documents) sera suggéré s'il paraît opportun[14].

- En cas d'envoi postal d'une copie du dossier ou de copies demandées après sa consultation sur place, il doit être proposé un envoi par recommandé avec avis de réception, qui garantit au mieux la confidentialité. La rédaction d'un bordereau joint au dossier avec la liste des copies envoyées au patient est également souhaitable[15].

Délai de communication

- La communication doit être effectuée dans des conditions de délai précises : **dans les 8 jours** à compter de la date de réception de la demande et au plus tôt après qu'un **«délai de réflexion» de 48 heures** a été observé[16].

Ce délai maximum pour la communication est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est saisie[17].

La CADA a précisé que le délai de 8 jours est applicable à toutes les demandes d'accès, qu'il s'agisse de demandes de consultation sur place ou de demandes de photocopie de dossiers. Dans les deux cas, « il peut être compris comme le délai dans lequel l'établissement doit avoir répondu, soit pour fixer un rendez-vous, soit pour adresser la facture correspondant aux frais de reproduction »[18].

- L'ANAES a recommandé, afin que chaque professionnel de santé puisse accéder le plus rapidement possible au dossier du patient, que le dossier soit unifié et couplé à un système d'archivage permettant instantanément de connaître sa localisation[19].

Accompagnement de la communication des informations

La possibilité d'accès « direct » aux informations médicales, désormais prévue par la loi, fait en sorte que la communication ne s'accompagne pas forcément d'explications, comme c'était le cas lorsque la communication était assurée par un médecin « intermédiaire ».

Les textes prévoient cependant des modalités d'accompagnement – facultatives ou obligatoires selon le cas – lors de la délivrance de l'information[20] :

- les établissements de santé doivent proposer un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant. En cas d'envoi de documents par courrier, un courrier d'accompagnement devra être joint et suggérer une consultation médicale en tant que de besoin. Le refus de cet accompagnement ne peut faire obstacle à la consultation de ces informations (art. L. 1112-1, C. santé publ.) ;
- pour la consultation de certaines informations, la présence d'une tierce personne peut être recommandée au demandeur par le médecin qui les a établies ou qui en est dépositaire. Cette recommandation ne présente aucun caractère impératif[21]. Elle trouve notamment à s'appliquer lorsque qu'une prise de connaissance des informations sans accompagnement pourrait faire courir des risques à la personne concernée (art. L. 1111-7, C. santé publ.). La notion, large, de tierce personne, permet au patient de désigner toute personne de son choix. Lorsque la présence d'une tierce personne, lors de la consultation de certaines informations, est ainsi recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, celles-ci sont communiquées dès que le demandeur a exprimé son acceptation ou son refus de suivre cette recommandation (art. R.1111-4, C. santé publ.).

- un courrier d'accompagnement doit informer le patient des difficultés possibles d'interprétation des informations ainsi que, le cas échéant, des conséquences que peut avoir sur la personne la révélations de certaines informations[22].

Facturation des frais de communication

▮ L'article L. 1111-7 du Code de la santé publique a prévu la gratuité de la consultation des documents médicaux lorsqu'elle est effectuée « sur place ». On entendra par là : sur le lieu où les soins ont été donnés ou encore sur le lieu où sont conservés les documents.

▮ En revanche, lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, une facturation des coûts induits doit en principe être effectuée, étant précisé que les frais laissés à la charge du demandeur ne peuvent excéder le coût de la reproduction et le cas échéant, de l'envoi des documents (art. L. 1111-7, C. santé publ.).
La facturation s'effectuera sur le fondement du décret du 30 décembre 2005[23] et d'un arrêté du 1er octobre 2001[24].

Pour le calcul de ces frais sont pris en compte, à l'exclusion des charges de personnel résultant du temps consacré à la recherche, à la reproduction et à l'envoi du document[25] :

- le coût du support fourni au demandeur ;
- le coût d'amortissement et de fonctionnement du matériel utilisé pour la reproduction du document ;
- le coût d'affranchissement, selon les modalités d'envoi postal choisies par le demandeur. Les frais autres que le coût de l'envoi postal sont établis dans des conditions fixées par arrêté conjoint du Premier ministre et du ministre du budget (arrêté du 1er octobre 2001). Ils ne peuvent excéder les montants prévus par cet arrêté (art. 35 du décret du 30 décembre 2005).

▮ Pour autant, la rédaction du texte n'établit pas explicitement une obligation de facturation des frais, qui sera donc laissée à l'appréciation de l'établissement : cette précaution évitera la mise en œuvre systématique d'une procédure de facturation, lorsqu'est en jeu la remise d'un compte rendu ou de quelques documents…

▮ Si le patient ou l'ayant droit peut solliciter, à titre gracieux, la remise gratuite d'une copie du dossier médical, il ne peut l'exiger, seule la consultation sur place et l'envoi du dossier sous format informatique par courriel étant obligatoirement gratuits[26].

▮ La personne doit être avisée du montant total des frais à acquitter, afin de l'aider à prendre une décision sur sa demande de reproduction de tout ou partie de son dossier[27].

Facturation - Les principes retenus par l’AP-HP

« La loi fait de la communication des documents médicaux un acte normal de la relation thérapeutique et de la continuité des soins. La facturation des copies et des frais de port, qui est justifiée par les frais supplémentaires qui peuvent en résulter pour nos hôpitaux, ne peut pour cette raison être conçue comme un moyen de dissuader les patients de solliciter des documents qui leur sont nécessaires pour la poursuite de leurs soins ou pour faire valoir des droits. L’expérience de nos hôpitaux montre en effet que la majorité des demandes de documents résulte de la grande utilité de ceux-ci pour des patients qui souhaitent consulter d’autres praticiens, poursuivre leurs soins auprès d’autres équipes hospitalières ou répondre à des demandes administratives. C’est donc fort justement (qu’il vous est laissé) un pouvoir d’appréciation sur l’opportunité de la facturation dans des circonstances particulières, ainsi lorsque sont concernés des patients ou des familles dont les faibles ressources sont avérées ou que la demande s’inscrit dans le contexte d’un accident médical.

De la même façon, l’application de la loi ne saurait faire de la communication et de l’envoi des documents médicaux une prestation systématiquement payante qu’elle n’a jusqu’à présent jamais été, et contrarier - par la multiplication des formalités administratives ou financières - la fluidité de l’information délivrée aux patients.

Il résulte de ce qui précède que, sauf contrainte particulière, la facturation s’impose – avec pré-paiement des frais – pour la communication des dossiers médicaux intégraux ou en cas de demandes répétitives. En revanche, une dérogation au principe général de facturation doit continuer de s’appliquer lorsqu’il s’agit de documents courants dont l’utilité immédiate n’est pas contestée : sont concernés en particulier les comptes rendus d’hospitalisation ou de consultation, les comptes rendus d’examens et la copie des pièces essentielles des dossiers médicaux » *(Note du Secrétaire général de l’AP-HP aux hôpitaux et groupes hospitaliers, 2003, extrait).*

- La communication peut être conditionnée à la perception des frais correspondants. En l’absence de paiement, le demandeur ne pourra exercer son droit d’accès que par consultation gratuite sur place. La finalité de la loi du 4 mars 2002 est en effet d’offrir une meilleure accessibilité du dossier médical et non d’offrir un droit illimité à la reproduction des documents médicaux[28].

- À réception de la facture correspondant aux coûts de reproduction de son dossier, le patient peut modifier sa demande pour la limiter aux seuls documents qui lui sont nécessaires. En l’absence de précision de la part du requérant, c’est l’intégralité de son dossier qui doit être reproduit[29].

- La HAS recommande de prendre en considération la situation personnelle des demandeurs démunis afin de leur permettre de faire valoir leur droit d’accès aux informations concernant leur santé[30].

Tarifs applicables au sein de l'AP-HP

Les tarifs applicables au sein de l'AP-HP, fixés notamment par référence à l'arrêté du 1er octobre 2001 du Premier ministre et du secrétaire d'État au budget, sont les suivants :

Tarifs unitaires des copies :
- de 0,10 à 0,18 € par page de format A4 en impression noir et blanc ;
- 1,83 € pour une disquette ;
- 2,75 € pour un CD Rom
- 4,70 € pour un film 36x43 correspondant à un cliché de radiologie conventionnelle, IRM ou scanner.

Un tarif dégressif s'applique pour les copies des documents papier A4 :
- de 1 à 20 pages : 0,18 €
- de 20 à 100 pages : 0,15 €
- plus de 100 pages : 0,10 €

Tarifs applicables au port :
- 0 à 20 copies : 5 € (recommandé) - 16 € (Chronopost)
- 20 à 50 copies : 10 € (recommandé) - 16 € (Chronopost)
- plus de 50 copies : 15 € (recommandé) - 19 € (Chronopost)

Remarques :

Ces tarifs doivent en tant que de besoin être indiqués au demandeur, afin d'éviter tout retard de communication et tout malentendu sur le montant des frais laissés à sa charge.
Les frais laissés à la charge du demandeur ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.
L'envoi d'un dossier intégral doit être effectué par courrier recommandé, sauf demande d'envoi par Chronopost.

Cessation d'activité du médecin

La cessation d'activité du médecin au sein de l'établissement ne doit altérer la communication indispensable des éléments transmissibles du dossier du patient : tant la continuité des soins que l'intérêt du patient et des ayants droit imposent d'assurer à la fois la préservation du dossier médical et la transmission des documents[31].
Cette situation ne pose *a priori* pas de problème au sein des établissements publics de santé, car les médecins y exercent leur activité à titre salarié[32] et l'activité de soins se poursuit en principe après leur départ. Et, le médecin qui quitte ses fonctions ne peut emporter ses dossiers, qui doivent être conservés par l'établissement[33].
En cas de cessation de l'activité elle-même, l'établissement conservera les documents pendant la durée réglementaire (en principe 20 ans, v. p. 151-152). Les informations seront alors communiquées selon le cas par le responsable de la structure médicale,

si elle a été maintenue, ou « par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet » (art. R. 1112-1, C. santé publ.).

- Le médecin peut consulter les dossiers après son départ, soit pour suivre dans un autre lieu un malade concerné par un dossier, soit dans le cadre d'une activité d'enseignement et de recherche.

Communication à un patient résidant à l'étranger

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 s'appliquent de façon générale à la communication du dossier médical sur le territoire national.

En cas de demande effectuée par un patient résidant à l'étranger de son dossier constitué à l'occasion d'une prise en charge hospitalière antérieure en France, il sera en tout état de cause fait application des règles de la déontologie médicale française pour la communication du dossier. Ceci, quelles que soient les règles applicables dans le pays dont le patient est résident.

Tout médecin doit en effet, « à la demande du patient et avec son consentement, ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins » (art. R. 4127-45, C. santé publ.).

Les informations seront donc communiquées au patient lui-même – et à lui seul (sauf le cas des mineurs et majeurs protégés) – ou aux médecins ou mandataires qu'il aura désignés.

Notes du chapitre 4

1- *Dans le cas du mineur : sous les réserves liées le cas échéant à des soins réalisés dans le secret à sa demande*

2- *Sur les patients hors d'état d'exprimer leur volonté, v. p. 73. Sont notamment considérés comme «tiers» le conjoint et les membres de l'entourage.*

3- *Loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 - CE 9 mars 1979, Fergat, req. n° 09184. Les dispositions antérieures à la loi du 31 juillet 1991 prévoyaient une communication par le seul médecin traitant, sur place à l'hôpital (art. 28, loi du 31 décembre 1970).*

4- *Le médecin « intermédiaire », si un tel médecin est désigné, doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (HAS, Accès aux informations …, préc., p. 31. Les médecins du Service de santé des armées, bien que n'étant pas inscrits au tableau de l'Ordre, peuvent toutefois être également désignés) et ne pas faire l'objet d'une suspension d'exercice.*

5- *« Seul un médecin est habilité à communiquer les informations contenues dans le dossier » (ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 50).*

6- *Art. R. 4127-46, C. santé publ.*

7- *On entendra par « sur place » sur le site de l'hôpital ou du groupe hospitalier dans lequel le patient a été pris en charge ou sur le site où le dossier a été conservé. En aucun cas, la consultation ne doit avoir lieu chez l'hébergeur de données auprès duquel les dossiers ont été le cas échéant « externalisés ».*

8- *Art. L. 1111-7 et R. 1111-1, C. santé publ.*

9- *Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000*

10- *CADA, Maire de Sausset-les-Pins, avis n° 20021685 du 25 avril 2002. Le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 a introduit dans le Code de la santé publique une disposition comparable : « Dans le cas où les informations demandées sont détenues par un établissement de santé et si les dispositifs techniques de l'établissement le permettent, le demandeur peut également consulter par voie électronique tout ou partie des informations en cause » (art. R. 1111-2)*

11- *CADA, Secrétaire général de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, conseil n° 20104684 du 21 décembre 2010.*

12- *HAS, Accès aux informations…, préc. p. 11*

13- *HAS, Accès aux informations…, préc. p. 11*

14- *HAS, Accès aux informations…, préc. p. 11*

15- *HAS, Accès aux informations…, préc. p. 11*

16- *Ce délai de 48 heures, controversé, semble avoir fait suite principalement à une préoccupation exprimée par les professionnels quant à la prise de connaissance brutale d'une maladie grave.*

17- *En cas de demandes concernant des patients hospitalisés sous contrainte pour troubles mentaux.*

18- *CADA, Centre hospitalier intercommunal d'Ambilly et de Bonneville, conseil n° 20033978 du 9 octobre 2003. On notera que la CADA, s'appuyant sur l'article 4 de la loi du 17 juillet 1978 qui prévoit que l'accès aux documents administratifs s'exerce « dans la limite des possibilités techniques de l'administration » ; en a déduit que « si la demande porte sur une copie de documents volumineux que l'administration n'est pas en mesure de reproduire aisément compte tenu de ses contraintes matérielles, celle-ci peut inviter le demandeur à venir consulter ces documents sur place et à emporter copie des seuls éléments qu'il aura sélectionnés. Si le demandeur maintient son souhait de recevoir copie des documents, et que la reproduction des documents n'excède pas les possibilités techniques et les moyens de l'administration, celle-ci est fondée à en échelonner l'envoi dans le temps. Elle doit alors en aviser l'intéressé et, dans la mesure du possible, convenir avec lui d'un échéancier de communication » dans des conditions*

compatibles avec le bon fonctionnement de ses services (CADA, Préfecture du Val-d'Oise, avis n° 20131753 du 14 mai 2013 ; Mairie de Franchevelle, avis n° 20131922 du 14 mai 2013). La portée de cet avis doit cependant être rapportée au fait que la CADA se prononçait en l'espèce sur des documents qui ne relevaient pas d'un délai de communication imposé par la loi, comme c'est le cas pour les établissements publics de santé.

19- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 16

20- S'agissant de la communication d'un rapport d'autopsie à l'ayant droit d'un patient décédé, la CADA a ainsi estimé que l'établissement pouvait utilement « avertir la famille du caractère éventuellement douloureux de certaines mentions ou images contenues dans le rapport (…) et de l'intérêt, pour elle, de le lire, si elle le souhaite, en présence d'un membre du corps médical » (CADA, Directrice du Centre hospitalier de Béziers, conseil n° 20123718 du 22 novembre 2012)

21- Le refus par le demandeur de la présence d'une tierce personne ne peut faire obstacle à la communication des informations (art. L. 1111-7, C. santé publ).

22- Arrêté du 5 mars 2004 préc.

23- Décret n° 2005-1755 du 30 décembre 2005 relatif à la liberté d'accès aux documents administratifs

24- Arrêté du Premier ministre du 1er octobre 2001 relatif aux conditions de fixation et de détermination du montant des frais de copie d'un document administratif. En tout état de cause, la HAS recommande de se limiter au coût du consommable et de l'amortissement du matériel (HAS, Accès aux informations…, préc., p. 12). CADA, Directeur du Centre hospitalier de Flers, avis n° 20070331 du 25 janvier 2007 « S'agissant des clichés radiologiques, la commission estime que les montants définis par l'arrêté du 1er octobre 2001 n'ont pas vocation à s'appliquer. Elle considère que le Centre hospitalier est fondé à facturer le prix exact de la reproduction de ces clichés, calculé selon les principes posés par le décret cité du 30 décembre 2005 »

25- De même, le temps consacré par les personnels à la consultation des documents par le demandeur ne peut être facturé par l'établissement.

26- CADA, 3 juin 2010, avis n° 20102158, directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

27- Art. 35 du décret n° 2005-1755 du 30 décembre 2005

28- CADA, Centre hospitalier intercommunal d'Ambilly et de Bonneville, conseil n° 20033978 du 9 octobre 2003

29- CADA, 9 octobre 2003, id.

30- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 13

31- ANAES, Dossier du patient : amélioration…, préc., p. 61

32- Sauf dans les cas d'activité libérale éventuelle pour les praticiens à temps plein (voir chapitre n° 18)

33- CE 11 février 1972, Cornette, Rec. p. 138

5. L'accès partagé entre professionnels et entre établissements

Le partage des informations recueillies sur les patients est une nécessité pour leur assurer des soins de qualité : le dossier médical permet de suivre et de comprendre le parcours hospitalier de chaque patient ; il favorise « la coordination des soins qu'impose l'évolution de l'organisation des soins, du fait du raccourcissement des durées de séjour, de la multiplicité des intervenants dans le processus de prise en charge, de la complexification des soins, de l'accroissement du risque iatrogène et du nombre d'intervenants, de la plus grande technicité des actes »[1].

Tel professionnel, telle équipe ou tel service pourra également en demander communication pour une expertise, une recherche, une enquête administrative,…

L'accord du patient sera en général préalablement requis. Dans certaines circonstances, la communication des documents ne pourra être effectuée qu'après s'être assuré que le patient n'y est pas opposé.

Le partage ne doit pas en effet permettre la divulgation d'informations par nature confidentielles.

Secret partagé et secret collectif

- La réglementation hospitalière a longtemps admis sans grandes restrictions la possibilité d'une communication du dossier aux autres services du même hôpital, de médecin à médecin[2]. Une circulaire du 20 avril 1973 le formulait ainsi : « le caractère collectif revêtu par le secret professionnel dans le cadre du service public hospitalier a pour conséquence de permettre la circulation du dossier médical…. entre les différents services d'un même établissement »[3].

Cette conception très générale d'un secret partagé n'a cependant plus cours aujourd'hui.

- La loi du 4 mars 2002, traitant du secret dans le domaine de la santé, a précisé que : « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent (par exception au principe général imposant le secret), sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (notion de « **secret partagé** »).

Elle a ajouté que :
« Lorsque la personne est prise en charge par une équipe **de soins** dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe » (notion de « **secret collectif** »)[4].

L'échange d'informations médicales entre professionnels et donc la transmission de documents concernant le patient sont donc possibles, mais la loi ne le permet, dans le cadre d'un secret partagé, que sous de strictes conditions :

- le patient ne doit pas s'y être opposé,
- il doit donc en être informé au préalable,
- l'échange ne peut avoir pour objet que l'un ou les deux motifs suivants : assurer la continuité des soins, déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible.

L'existence du secret collectif pour des informations « **réputées confiées à l'ensemble de l'équipe** » (c'est-à-dire de façon implicite, sans que le patient en soit formellement informé), n'a pas pour effet de doter chaque membre de l'équipe « de soins »d'un droit d'accès sans limite aux informations détenues sur le patient.
Cet accès est en effet restreint aux seuls et stricts besoins résultant de la prise en charge.
Il sera autorisé aux seuls membres de l'équipe auxquels le patient aura confié des informations relevant de sa vie privée, sans avoir manifesté d'accord à ce qu'elles soient partagées par d'autres membres de l'équipe ; ceci *a fortiori*, lorsqu'il aura exprimé son refus d'une divulgation des informations confidentielles auprès d'autres professionnels que ceux auprès desquels il se sera confié.

L'Ordre national des médecins considère que le secret ainsi partagé s'entend uniquement entre les personnes chargées d'assurer les « soins »[5].

Les professionnels de santé susceptibles de faire partie de l'équipe de soins sont ceux qui sont désignés comme tels par le Code de la santé publique dans sa quatrième partie : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, préparateur en pharmacie et préparateur en pharmacie hospitalière, infirmier ou infirmière, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, ambulanciers et, de façon moins immédiate à l'hôpital, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste, orthésiste pour l'appareillage de personnes handicapées.

Dans certains cas, l'équipe de soins devra être entendue au sens large, car ce sont des professionnels et établissements de santé distincts, le cas échéant publics et privés, qui contribuent collectivement, et simultanément, à la prise en charge du patient, au-delà de leur seul exercice libéral ou de leur strict cadre institutionnel. C'est le cas tout particulièrement dans le cas des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), dont le fonctionnement est une condition de l'autorisation administrative du traitement du cancer (art. R. 6123-88, C. santé publ.) et qui associent les différents spécialistes en charge du patient. Les textes prévoient qu' « une fiche retraçant l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la réunion de concertation pluridisciplinaire est insérée dans le dossier médical du malade » (art. D. 6124-131, C. santé publ.)[6]. Le partage d'informations par des professionnels de différents horizons et différentes spécialités nécessitera l'accord du patient. Il se limitera bien entendu aux seules informations pertinentes et utiles aux praticiens participant à la prise en charge, chacun pour ce qui le concerne.

Enfin, chacun des intervenants a vocation à assurer la communication des documents qu'il détient aux patients qui le sollicitent, conformément aux dispositions déontologiques prévoyant dans ces situations que « chacun des praticiens assume ses responsabilités et veille à l'information du malade » (art. R. 4127-64, C. santé publ.).

Ces dispositions s'appliqueront notamment pour les échanges d'informations entre professionnels dans le cadre d'un réseau de santé[7]

▮ La communication du dossier d'un service hospitalier à un autre service du même établissement n'est pas susceptible de restriction dès lors qu'elle s'effectue avec l'accord du patient et que le service demandeur est appelé, sinon forcément à donner des soins au malade concerné, du moins à participer à sa prise en charge. Lors de la transmission du dossier entre services, la confidentialité doit être assurée pendant le transport, ce que permet par exemple l'utilisation de pochettes opaques anonymes[8].

L'ANAES a précisé qu'en cas de transmission du dossier à un médecin du plateau technique amené à pratiquer une investigation sur le patient (médecin radiologue, pharmacien, etc.), ce dernier ne doit avoir accès qu'aux seules informations jugées pertinentes pour l'avis demandé ou les besoins de l'acte[9]. L'usage de formulaires spécifiques d'échanges de données médicales entre le service de soins et le plateau médico-technique, comportant une liste des documents accompagnant la demande, est recommandé.

▮ **La seule qualité de médecin ou de professionnel de santé n'ouvre pas de droit quelconque au partage d'informations.** Il en va de même *a fortiori* pour le personnel administratif de l'établissement[10].

▮ La recommandation de la Haute autorité de santé de constituer pour chaque patient un dossier unique ou « unifié » (v. p. 5) peut être problématique s'agissant d'un patient pris en charge au sein de l'établissement lors de séjours successifs et pour des pathologies distinctes : le patient sera pris en charge par différentes équipes qui n'ont pas forcément de légitimité à partager des informations sur le patient, recueillies dans des contextes différents. Il reviendra à ces équipes d'en tenir compte dans leur classement du dossier afin d'éviter autant que possible des indiscrétions.

Accès par les membres de la CRUQPC

▮ La loi prévoit que la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), dont la constitution est obligatoire dans chaque établissement de santé[11], doit être informée de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement. Elle peut à cette fin « avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée ». Mais les membres de la commission sont astreints au secret professionnel (art. L. 1112-3, C. santé publ.).

▮ Ces dispositions, qui requièrent donc l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit en cas de décès, font obstacle à ce qu'un membre de la CRUQPC, fut-il médecin ou médecin médiateur, puisse accéder librement au dossier médical d'un patient pour l'instruction d'une plainte ou d'une réclamation.

Ceci vaut même si le patient, bien que ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle, est hors d'état de donner son accord dans les conditions prévues par la loi[12].

Et le médiateur médical de l'hôpital, même sollicité expressément par le patient ou l'ayant droit pour une médiation, ne pourra donc obtenir communication du dossier médical sans l'accord écrit de celui-ci.

Communication d'informations médicales à l'administration hospitalière

▮ Le principe est que les administrations hospitalières ne doivent pas être en mesure de prendre connaissance des informations médicales que contiennent les dossiers médicaux[13].

▮ En raison de l'organisation et du fonctionnement du service hospitalier, l'administration hospitalière a cependant connaissance inévitablement de faits intéressant l'état de santé de certains malades, la nature des affections ou le siège des interventions, ne serait-ce que par le témoignage direct et volontairement détaillé qu'en délivrent certaines réclamations qui lui sont adressées… Une circulaire du 20 avril 1973[14] avait souligné dans cette perspective que « le service public hospitalier est... indivisible et constitue un tout au regard des dispositions relatives au respect du secret professionnel ».

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 (art. L. 1110-4, C. santé publ.) s'appliquent ici. Les faits qui par la force des choses sont révélés à l'administration hospitalière, ou dont elle prend connaissance d'une façon ou d'une autre, relèvent du secret professionnel. Les directeurs d'hôpitaux et leurs collaborateurs, dans ces circonstances qui s'imposent à eux sont tenus au secret le plus absolu, lorsqu'ils sont amenés à le partager.

Il a été jugé que :

- l'administration ne peut exiger d'un médecin que ce dernier lui communique des informations sur l'état de santé d'un malade[15],
- le personnel médical d'un établissement peut fournir des indications au personnel administratif sur l'état d'un malade, par exemple en vue de son transfert dans un autre établissement ou dans une unité de soins spécialisée, mais uniquement dans la mesure où ces indications sont nécessaires au fonctionnement normal du service public[16].

Transmission du dossier à un praticien extérieur à l'équipe hospitalière

La continuité des soins rend souvent nécessaire la transmission d'informations médicales à un autre praticien, une autre équipe médicale ou un autre établissement de santé.
Le principe du libre choix par le patient de son praticien ou de son établissement ne peut être mis en œuvre dans des conditions normales que si les informations médicales sont mises au moment requis à la disposition des praticiens qui prennent en charge successivement (ou concomitamment) le patient.

Les demandes de transmission doivent donc être prises en compte avec toute la célérité appropriée. Ceci permettra d'éviter au patient des retards dans sa prise en charge, un examen médical non optimal faute de disposer de documents utiles, voire la répétition inutile d'examens de diagnostic.

La transmission des informations peut également répondre à la demande d'un patient désireux d'obtenir un « second avis » ou un avis complémentaire, sans nécessairement vouloir changer d'équipe médicale « traitante ».

▮ En toutes circonstances, cette communication – possible dans le cadre du secret partagé (v. supra p. 55-56) - nécessite **l'accord du patient**.

Ce formalisme, n'est pas requis lorsque le dossier est partagé entre les praticiens et professionnels paramédicaux de la même équipe[17]. Il l'est en revanche lorsqu'il s'agit de transférer le dossier à une autre équipe hospitalière,

- relevant d'un autre établissement de santé
- ou, au sein du même établissement, pour la prise en charge ultérieure d'une pathologie distincte.

Cet accord sera alors réputé acquis soit par un accord écrit du patient, soit par l'obtention de sa non-opposition, qui sera mentionnée au dossier médical avec la date et le nom de la personne l'ayant recueillie ou constatée.

Transmission à une autre équipe médicale de l'AP-HP

▮ Au sein de l'AP-HP, comme dans tout établissement de santé quelle que soit sa taille, le secret collectif s'apprécie à l'échelon de l'équipe de soins et non à celui de l'établissement : les différentes équipes qui prennent en charge successivement le patient pour une même pathologie partagent, et elles seules, le secret des informations qu'elles utilisent collectivement.
L'accord exprès du patient (c'est à dire l'accord écrit) n'est donc pas requis au sein de l'équipe, rien ne s'opposant bien entendu à ce que le patient soit informé de ce partage d'informations.

▮ Il revient aux médecins concernés de prendre les initiatives appropriées (non-communication de certains documents), s'il s'avérait que la transmission de certains documents du dossier pourrait porter atteinte au secret de la vie privée du patient.

▮ Rien ne s'oppose à ce que le dossier médical « original » suive le patient d'un site à un autre ou qu'il soit transmis à une équipe d'un autre site de l'AP-HP. Les documents pourront ainsi être adressés par le courrier interne AP-HP, par courrier postal, etc.

L'expérience montre toutefois qu'en pratique, le transfert du dossier médical original entraîne des risques de perte, voire de destruction. Il est pour cette raison conseillé, en particulier dans tous les cas où le patient semble susceptible d'être pris en charge à nouveau dans son service d'origine, de conserver une copie du dossier médical.

▮ Toute indication utile sur la détention du dossier et sur les conditions de sa remise à un autre hôpital ou groupe hospitalier doit être soigneusement conservée. On s'assurera ainsi de pouvoir aisément le localiser, pour les besoins éventuels du patient ou de sa famille. Bien entendu, l'équipe destinataire du dossier, lorsqu'elle est menée à

le restituer (cas du transfert provisoire du patient dans un autre hôpital) doit y procéder en remettant à l'équipe qui l'a antérieurement transmis l'intégralité des documents et en respectant son classement.

De même, il est conseillé de tracer ce transfert de dossiers par un courrier signé par le nouveau détenteur et conservé par le précédent détenteur.

Accès dans le cadre de travaux de recherche

Lorsque la demande de communication d'un ou plusieurs dossiers médicaux est faite dans le but d'effectuer des travaux de recherche ou d'enseignement, la transmission ne peut se réaliser qu'en s'assurant au préalable de l'anonymisation des informations, sauf si l'accord du patient a été obtenu au préalable[18]. En effet, les personnes qui accéderont aux informations n'ont pas participé à la prise en charge et ne peuvent se prévaloir d'un secret collectif.

Selon la règle générale, le dossier hospitalier ne doit pas quitter physiquement l'établissement de santé.

Traçabilité de la communication

La HAS recommande de laisser dans le dossier une trace de l'accès consenti à un tiers extérieur à l'établissement. Il peut s'agir de l'original de la demande, d'une copie de la réponse adressée au demandeur, de l'inscription du mode de communication retenu avec la date de cette communication, de l'enregistrement des pièces fournies[19].

Bien qu'aucun texte ne le prévoit, on considérera qu'il convient de procéder de la même façon pour les demandes des patients eux-mêmes ou de leurs ayants droit.

Notes du chapitre 5

1- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 15

2- Décret du 17 avril 1943, art. 38

3- Circulaire ministérielle n° 1796 du 20 avril 1973

4- Art. L. 1110-4, C. santé publ. ; v. aussi arrêt du Conseil d'Etat du 11 janvier 1972, Sieur Crochette.

5- CNOM, Bulletin, n° spécial « Secret médical », nov.-déc. 2012 : « Cela peut concerner le partage des données du médecin avec l'infirmière, avec un confrère de garde qui prend le relais de la prise en charge, voire l'aide-soignante. En revanche, rien n'autorise le personnel administratif, la secrétaire médicale ou encore l'assistante sociale à partager les données médicales concernant un patient ».

Mais en réalité, cette question demeure d'interprétation incertaine, car des textes récents, pris pour la promotion du « parcours de soins », envisagent une acception plus large du partage des informations médicales. Le décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 prévoit ainsi la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge de personnes âgées en risque de perte d'autonomie, des « informations strictement nécessaires à la prise en charge (sans exclure expressément les informations relatives à la pathologie de la personne), dans le cadre des expérimentations définies à l'article 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Ce texte définit la nature des différentes informations susceptibles d'être transmises et la liste des professionnels susceptibles d'en être destinataires : elle comprend notamment les assistants de service social et les professionnels des services de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile. Il précise également les conditions dans lesquelles le consentement de la personne âgée doit être recueilli. Enfin, des dispositions particulières s'appliquent en matière de protection de l'enfance. L'article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en oeuvre la politique de protection de l'enfance (…) ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en oeuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ». Il pourrait donc être admis dans ce cadre spécifique que des assistantes de service social puissent au cas par cas avoir accès à des informations secrètes à caractère médical contenues dans le dossier médical informatisé. L'accès puisse être limité à des situations « individuelles » et aux documents strictement nécessaires à l'accomplissement par les assistantes de service social de leur mission.

6 - L'action 18 du « Plan cancer 2008-2013 » a ainsi pour objet de «personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant». L'action 18.3 prévoit plus précisément le partage des données médicales entre professionnels de santé : «Le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, en particulier le médecin généraliste, ainsi que la mise à disposition de services spécifiques, aidant en pratique les professionnels (annuaire et gestion des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) par exemple), sont des facteurs d'amélioration de la qualité en participant à une meilleure coordination du parcours de soins des malades. Les deux dossiers, que constituent le dossier de cancérologie (DCC) et le dossier médical personnel et partagé (DMP), constituent à cet effet le support logique de cet échange en cancérologie ». L'Institut national du cancer (INCa) préconise en effet, dans le cadre du développement du dossier médical personnel, de constituer un dossier communicant de cancérologie (DCC), s'inscrivant dans le parcours de soins du patient, et qui comporte a minima le compte rendu d'anatomie et cytologie pathologiques (CRAP), la fiche « RCP », le compte rendu opératoire ainsi que le programme personnalisé de soins (PPS)(v. Dossier communicant de cancérologie et dossier médical personnel», ASIP Santé et Inca, cadre national, octobre 2010).

7- Le Code de la santé publique prévoit pour la prise en charge par un réseau de santé que celui-ci doit remettre au patient un document d'information précisant « les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité (art. D. 6321-3) et que le réseau doit être doté d'une charte définissant « les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et les règles déontologiques propres à chacun des acteurs » (art. D. 6321-4).

8- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 29.

9- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 29

10- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 36

11- Cette commission comprend notamment des médiateurs et des représentants des usagers.

12- CADA, CHRU de Montpellier, conseil n° 20131183 du 28 mars 2013

13- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 36

14- Circulaire SP 4 n° 1796 du 20 avril 1973 relative au secret professionnel dans les établissements d'hospitalisation publique

15- CE, 9 novembre 1928, Sieur Bertrand

16- CE, 15 mars 1946, Sieur Odilon Platon

17- En vertu du même article L. 1110-4, « Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées à l'ensemble de l'équipe ».

18- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 52

19- HAS, Accès aux informations..., préc., p.40

6. Quand le patient autorise un tiers à accéder à son dossier

Si le droit d'accès est dû au patient, celui-ci peut souhaiter que des tiers en prennent connaissance.

Il peut en effet juger ne pas être en mesure d'en faire usage lui-même dans les meilleures conditions. Il peut souhaiter le faire partager à un proche, considérer qu'un tiers pourra mieux défendre ses intérêts ou encore vouloir le mettre à la disposition d'un autre médecin. Dans ces différents cas, il reviendra au patient de désigner de façon expresse les tiers auxquels il accorde cet accès.

Le droit d'accès par un mandataire

- Ce droit est prévu par l'arrêté du 5 mars 2004 qui dispose que « les informations de santé peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient (…) dès lors qu'elle bénéficie d'un mandat exprès[1] et qu'elle peut justifier de son identité. La personne mandatée ne peut avoir de conflit d'intérêts et défendre d'autres intérêts que celui de son mandant ».

- Le Conseil d'État a confirmé cette disposition, en soulignant qu'« aucune disposition du Code de la santé publique ne montre que le législateur a entendu exclure ce droit d'accès par un mandataire, dès lors que le mandat est exprès et que la personne justifie de son identité[2] ».

Il en résulte que le patient peut mandater un membre de sa famille (conjoint, enfant,…), mais tout autant, hors du cercle familial, un avocat, un employeur, un banquier…[3]

- La CADA a considéré que les ayants droit avaient également la faculté de désigner un mandataire pour accéder au dossier médical d'un patient décédé[4].

- Par exception, un avocat pourra, pour le compte de l'un de ses clients, demander communication des documents nominatifs sans avoir à justifier d'un mandat écrit[5] (une demande sur papier en-tête suffira), sauf s'il existe un doute sérieux sur la réalité de cette représentation (par exemple, si la personne à laquelle se rapporte le dossier a indiqué qu'elle n'avait pas pris d'avocat)[6]. Une précaution nécessaire est dans ce cas de s'assurer auprès du patient que l'avocat demandeur du dossier est bien mandaté.

Bien entendu, l'avocat ne peut avoir davantage de droits que son client et sa demande doit répondre aux critères des demandes de communication applicables au patient lui-même ou à ses ayants droit.

- Il est recommandé de rappeler au mandant le caractère personnel des informations qui seront communiquées à la personne mandatée[7].

L'accès par le mandataire de protection future

La loi du 5 mars 2007 a introduit dans notre droit la faculté pour toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles, de désigner un mandataire pour la représenter (art. 477, C. civil ; « mandataire de protection future »)[8].

Il en résulte que par acte sous seing privé, un mandant peut donner pouvoir à un mandataire de son choix d'avoir accès à son dossier médical le jour où ses facultés mentales ou physiques seront défaillantes. Toutefois, pour que ce droit d'accès puisse alors s'exercer, encore faut-il qu'il ait été expressément mentionné dans le mandat.

La loi prévoit une procédure précise pour l'exécution du mandat. Un médecin agréé, inscrit sur la liste ad hoc établie par le procureur de la République (liste disponible dans les tribunaux d'instance), doit examiner le patient mandant et établir un certificat médical constatant son inaptitude.
Le mandataire doit ensuite présenter au greffe du tribunal d'instance le mandat et le certificat médical. Si les conditions sont remplies, le greffier pourra apposer son visa. Le mandat fonctionnera alors comme une procuration.

L'accès par la personne de confiance

- La personne de confiance, lorsque le patient en a désigné une, ne dispose pas ès-qualité du droit de recevoir communication du dossier médical.

La loi prévoit que cette personne, « qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant » est consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Son rôle est notamment d'accompagner le patient dans ses démarches et d'assister aux entretiens médicaux, afin d'aider le patient dans ses décisions (art. L. 1111-6, C. santé publ.).

La loi prévoit ainsi la délivrance de certaines informations médicales à la personne de confiance par le médecin. Elle n'a pas étendu le rôle de la personne de confiance jusqu'à lui permettre d'obtenir communication du dossier médical.

- La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut cependant être recommandée par le médecin, en raison des risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée[9]. Lors de la consultation de son dossier, le patient pourra le cas échéant autoriser la présence à ce titre de la personne de confiance qu'il aura désignée.

La communication au médiateur médical

Ce point est évoqué p. 58

La communication du dossier au médecin désigné par le patient

▮ La loi a prévu que les praticiens qui ont prescrit l'hospitalisation du patient peuvent avoir accès, sur leur demande, aux informations médicales que l'établissement détient sur celui-ci (art. L. 1112-1, C. santé publ.).

Ce droit ne peut toutefois s'exercer qu'avec l'accord préalable du patient ou de l'ayant droit (si le patient est décédé)[10].

▮ Cette transmission découle également de dispositions déontologiques : les médecins doivent, à la demande du patient ou avec son consentement, transmettre aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins[11].

▮ Le patient souhaitant prendre connaissance de son dossier médical peut désigner par ailleurs un médecin (« intermédiaire »), auquel l'hôpital devra adresser directement le dossier (art. L. 1111-7, C. santé publ.). Le patient est libre de désigner le médecin de son choix, qui ne sera pas forcément son médecin traitant. Il pourra désigner plusieurs médecins.

Cette désignation sera écrite ou orale. Si elle est orale, trace devra en être conservée par l'hôpital, par exemple, par une mention au dossier administratif.

▮ Le médecin désigné comme intermédiaire est tenu d'apporter une information « loyale, claire et appropriée », selon les termes du Code de déontologie médicale[12].

Pour cela, il doit[13] :

- prendre connaissance du dossier afin d'y discerner les informations qui peuvent être communiquées,
- ne pas communiquer, afin de respecter le secret médical, des informations médicales concernant des tiers, recueillies lors de la prise en charge du patient, mais ignorées de lui ou de ses ayants droit
- « traduire » les données médicales en une information intelligible, en s'assurant de la compréhension et de la satisfaction de son interlocuteur,
- délivrer les informations avec tact.

▮ Conformément à l'article 46 du Code de déontologie médicale (art. R. 4127-46, C. santé publ.), le praticien qui accepte cette désignation comme « intermédiaire » ne doit avoir aucun intérêt propre à la consultation du dossier.

Il doit ainsi se récuser, sans avoir à s'en justifier, si l'accès au dossier met en jeu ses intérêts (médecin-expert ; dans certaines situations, lorsque le contexte est inapproprié, médecin membre de la famille, etc.).

Il ne peut notamment être médecin de la compagnie d'assurances du patient. Un échange direct d'informations entre médecin traitant hospitalier et médecin d'assurances, même avec l'accord du patient, ne peut être admis (v. p. 122)[14].

La communication à un autre établissement

Lorsqu'une demande de copie de dossier émane par téléphone d'un autre établissement sanitaire ou médico-social (par exemple, un EHPAD), ayant en charge le patient, il doit être exigé de cet établissement qu'il adresse par courrier, télécopie ou message électronique une demande écrite mentionnant en en-tête le service demandeur.

Cette demande doit être accompagnée d'une copie d'une pièce d'identité du patient et si possible, d'un document signé par lui de demande de transfert d'informations le concernant. Ceci permettra de vérifier que le patient est bien pris en charge dans le service demandeur.

La vérification de l'identité du demandeur étant effectuée et l'accord du patient confirmé, une copie du dossier peut alors être transmise au demandeur, l'original demeurant au sein de l'établissement où le dossier a été constitué[15].

Notes du chapitre 6

1- Un mandat général donnant pouvoir à une personne d'accomplir des actes au bénéfice d'un patient ne constitue pas le mandat exprès, légalement requis, d'accéder aux informations concernant la santé de celui-ci (CADA, Directeur de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) Morbihan, avis n° 20103908 du 23 septembre 2010). La notion de mandat « exprès » renvoie à une formalisation, qui est au minimum celle d'un document écrit.

2- CE, Conseil national de l'ordre des médecins, 26 septembre 2005, n° 270234

3- Cette question est motif d'inquiétude, car il n'est pas irréaliste de concevoir qu'un employeur ou un assureur puisse subordonner l'obtention d'un emploi ou d'un prêt à la délivrance d'un mandat par le patient, ou encore que des organismes fassent valoir systématiquement la possibilité de communication de son dossier par le patient et prévoient des pénalisations en cas de non-usage de cette liberté de désigner un mandataire. Ces préoccupations ne sont pas étrangères aux dispositions de l'article L. 161-36-3 du Code de la sécurité sociale qui, en matière de dossier médical personnel (DMP, v. p. 133), prévoient que « l'accès au dossier médical personnel est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application. Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail ».
Sur l'impossibilité d'une transmission directe d'informations médicales à un assureur, v. p. 122-124.

4- CADA, Secrétaire général de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, conseil n° 20081938 du 19 juin 2008

5- CADA, Préfet d'Ille-et-Vilaine (bureau des étrangers), avis n° 20074609 du 6 décembre 2007

6- CE, 9 septembre 2010, req. n° 329279. Dans cette affaire, le médecin avait fautivement adressé le dossier à un avocat, qui n'avait pas été mandaté par le patient.

7- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 8

8- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007

9- Art. L. 1111-7, al. 3, C. santé publ.

10- « Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès » (art. R. 1112-4, C. santé publ.).

11- Art. R. 4127-45, C. santé publ.

12- Art. R. 4127-35, C. santé publ.

13- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 50

14- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 43

15- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 52

7. Quand le patient est mineur ou placé sous tutelle

Prendre connaissance de son dossier médical est aujourd'hui un droit fondamental du patient. Il se fonde sur le principe d'autonomie, qui ouvre au patient le droit de savoir en toute transparence, afin de pouvoir valablement prendre les décisions concernant sa santé.

Mais le droit considère que dans certaines situations, liées à l'âge ou à des capacités physiques ou mentales amoindries, l'exercice d'une telle autonomie peut être illusoire et que pour prendre connaissance de ses données médicales, le patient doit être représenté. C'est ainsi qu'il prévoit des modalités de communication spécifiques pour les patients mineurs ou placés sous le régime de la tutelle.

La communication du dossier du mineur

- La loi précise que s'agissant d'une personne mineure[1], **le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale et par eux seuls**[2]. Il leur revient, et non au mineur, de formuler la demande de communication.

- L'établissement doit vérifier si le demandeur est bien investi de l'autorité parentale (il produira à cet effet le livret de famille par exemple) ou à défaut, s'il est expressément mandaté par le titulaire de l'autorité parentale. Si la personne requérante ne peut fournir aucune pièce, il ne peut être donné suite à la demande. On suggérera le cas échéant une prise de contact avec un parent justifiant sans ambiguïté de l'exercice de l'autorité parentale.
Une décision de justice définit parfois la situation juridique des parents à l'égard de l'enfant[3]. Elle devra être produite le cas échéant par le demandeur.

En cas de divorce ou de séparation, le parent qui n'a pas obtenu la garde de l'enfant conserve son droit d'accès si l'autorité parentale reste partagée[4].

- Le parent auquel une décision judiciaire a retiré l'exercice de l'autorité parentale ne peut pas demander à consulter le dossier médical de son enfant[5]. Il en est de même lorsque le père non marié n'a pas fait avec la mère une déclaration conjointe d'exercice en commun de l'autorité parentale[6]. Ou encore à l'égard d'une personne se prévalant d'un PACS ou d'une procédure d'assistance éducative auprès d'un juge des enfants.

- Les grands-parents ne bénéficient pas d'un droit d'accès aux informations concernant le mineur, dès lors qu'ils ne détiennent pas directement l'autorité parentale sur lui. Ceci vaut même si les parents sont eux-mêmes mineurs[7].

- Le mineur ne peut *stricto sensu* demander à avoir directement accès à son dossier. Il n'y a de même pas lieu de rechercher son accord de principe lorsque ses parents en demandent la communication[8].

Pour autant, la loi prévoit que le mineur a le droit de recevoir lui-même une information et de participer à la prise de décision le concernant d'une manière adaptée à son degré de maturité[9]. Il est donc souhaitable, en lien avec les titulaires de l'autorité parentale, qu'une attention particulière soit portée à une telle demande d'accès aux éléments du dossier. Elle sera l'occasion de compléter l'information délivrée au mineur, de lui apporter des explications supplémentaires, en fonction notamment de son âge. Sans lui communiquer à proprement parler les documents, il peut être très utile de reprendre avec lui les éléments de son dossier et leurs incidences sur sa future vie d'adulte[10].

- Un mineur émancipé dispose des mêmes droits qu'un patient majeur (art. L. 1111-5, C. santé publ.).

- Dès lors que l'enfant est devenu majeur, les informations médicales le concernant ne sont plus communicables à ses parents[11]. Ceci, « même pour des informations remontant à la période pendant laquelle leur enfant était mineur », car ils sont désormais considérés comme des tiers[12].

La communication par l'intermédiaire d'un médecin

- Comme pour toute communication de dossier, les parents peuvent demander qu'elle soit effectuée par l'intermédiaire d'un médecin.

- La loi prévoit que lorsque le mineur en fait personnellement la demande, l'accès doit avoir lieu par l'intermédiaire d'un médecin : les informations sont alors, au choix du ou des titulaires de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'ils désignent ou consultées sur place en présence de ce médecin. La demande du mineur s'impose aux parents[13].

- Lorsque les parents ne sont jamais intervenus lors des soins, lorsque l'âge, le contexte familial, la pathologie présentée paraissent le justifier, ou encore lorsque le mineur bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et de la couverture complémentaire[14], il est recommandé de demander préalablement au mineur s'il souhaite cette communication par l'intermédiaire d'un médecin[15].

Lorsque le mineur est soigné à l'insu de ses parents

- Les titulaires de l'autorité parentale doivent être informés de l'état de santé du mineur, du déroulement des soins qui lui sont dispensés et de toutes les décisions médicales le concernant. Ils ont donc en principe accès de plein droit à son dossier médical.
Ceci ne signifie pas qu'il n'existe pas de droit du mineur au secret médical, mais ce droit s'incline *a priori* devant les prérogatives de l'autorité parentale[16].

- La loi prévoit toutefois, dans des conditions restrictives, le droit du mineur à demander d'être soigné sans que ses parents en soient informés. Lorsque le mineur souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention qu'un médecin a accepté de mettre en œuvre dans ces conditions[17], il peut s'opposer à ce que soient

communiquées aux titulaires de l'autorité parentale (ou à l'un d'entre eux) les informations qui ont été constituées dans ce cadre[18]. Le médecin doit alors faire mention écrite de cette opposition au dossier. La loi ne fixe aucune condition d'âge pour l'exercice de ce droit.

- La HAS recommande que « lorsque le mineur sollicite seul des soins, ou lorsque son âge, le contexte familial, la pathologie présentée paraissent le justifier, (…) le médecin l'informe de cette possibilité. L'objectif est de lui permettre d'accéder à des soins et d'instaurer une relation de confiance avec les professionnels de santé sans avoir la crainte que ses parents soient informés des constatations et des actes médicaux effectués. En effet, la perspective d'une révélation à ses parents du motif de son recours au professionnel de santé ne doit pas le dissuader de se faire soigner.
Mais le professionnel de santé doit essayer de convaincre le mineur de laisser ses parents accéder aux informations sur sa santé, notamment par l'intermédiaire d'un médecin, afin qu'un dialogue au sein de la famille soit maintenu ou repris, et que le mineur puisse bénéficier d'un soutien »[19].

- Le médecin saisi d'une demande de communication du dossier médical par un titulaire de l'autorité parentale dans ces circonstances doit donc s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure. Si en dépit de ces efforts, le mineur maintient son opposition, la demande ne peut être satisfaite tant que demeure l'opposition du mineur : l'hôpital doit refuser l'accès des titulaires de l'autorité parentale aux informations médicales visant le mineur[20].

- La CADA estime que si « les titulaires de l'autorité parentale ne peuvent obtenir la communication du dossier médical du patient mineur, le législateur n'a pas pour autant organisé un droit d'accès que le mineur pourrait, sans recours à l'autorité judiciaire, exercer, soit lui-même, soit en désignant un adulte ou un médecin de son choix »[21]. Dans ce cas également, le mineur ne dispose pas d'un droit d'accès à son dossier.

- Le droit d'opposition reconnu au mineur ne porte cependant que sur la communication des informations se rapportant à des soins sur lesquels il a souhaité garder le secret : il ne s'agit pas d'un droit portant sur l'ensemble des pièces contenues dans le dossier médical[22].

- De même, un simple désaccord entre les titulaires de l'autorité parentale ou entre le mineur et l'un des titulaires de l'autorité parentale ne saurait justifier, par lui-même, un refus de communication sur le fondement de ces dispositions. Par suite, un établissement de santé n'est pas fondé à prendre contact avec un mineur pour obtenir son consentement à la communication du dossier médical si le traitement ou l'intervention en cause n'avait pas été réalisé à l'insu des parents[23].

Le dossier de l'enfant né dans le secret

- Une personne née sous le secret et en quête de ses origines s'adressera parfois à l'hôpital où elle sait être née, afin d'obtenir des indications sur l'identité de sa mère et notamment son dossier médical. Elle souhaitera alors avoir l'accès à des informations la concernant qui se révéleront de fait mêlées à celles concernant sa mère : l'usage des services de maternité est en effet de constituer un dossier unique, en maternité, pour la mère et l'enfant, sauf si ce dernier présente une pathologie justifiant la constitution d'un dossier qui lui soit propre.

- Les informations relatives au mineur et conservées par l'hôpital sont communicables jusqu'à l'âge de sa majorité aux seuls titulaires de l'autorité parentale et deviennent communicables au seul mineur lorsqu'il devient majeur.

- Ces dispositions ne s'appliquent pas aux informations relatives à sa mère ou qui pourraient permettre au mineur l'identification de sa mère.
Les informations concernant la mère, qu'elles soient ou non conservées distinctement (dossier de grossesse,…), ne sont pas communicables à son enfant, car :
    - elles constituent des documents « dont la consultation ou la communication porterait atteinte (…) aux secrets protégés par la loi »[24] et qui concernent un tiers ;
    - l'enfant ne peut prétendre à la qualité d'ayant droit, aucun lien de parenté n'étant constitué avec sa mère biologique.

- La CADA est défavorable à l'accès du pupille ou de la personne adoptée à son dossier lorsque celui-ci ne comporte aucune mention indiquant que les parents avaient entendu renoncer à garder leur identité secrète[25] : en l'absence de précisions sur ce point dans les dossiers, la loi fait de la consultation du parent concerné un préalable obligatoire avant toute communication[26]. Elle recommande aux services départementaux de l'Aide sociale à l'enfance de tenter de prendre contact avec la mère avant de donner suite à une demande de communication portant sur un dossier ne comportant pas de renonciation expresse au secret[27].

- Il ne peut en principe être donné suite à une demande de la mère visant à la communication de son propre dossier médical, ce dernier étant par définition anonyme et donc non rattachable à une personne identifiée.

La loi prévoit toutefois une collaboration de l'hôpital pour l'accès aux origines personnelles. Ainsi certaines informations non nominatives peuvent être communiquées au Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP)[28].

La communication du dossier du majeur sous tutelle

- S'agissant d'un majeur protégé, placé sous le régime de la tutelle, le tuteur disposait traditionnellement - et lui seul[29] - du droit d'accès aux informations médicales, tandis que le majeur sous curatelle pouvait en revanche y accéder seul[30]. L'administration n'avait par ailleurs pas à exiger un accord préalable du majeur sous tutelle[31].
Ces dispositions n'ont pas été confirmées par la loi du 4 mars 2002, qui ne fait pas expressément mention d'un droit du tuteur en la matière[32].

- La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a précisé que lorsque l'état de la personne sous tutelle lui permet de prendre les décisions, elle est en principe seule en droit de demander l'accès à son dossier médical[33]. Dans l'hypothèse inverse, la loi accorde en revanche ce droit d'accès au tuteur[34]. Toutefois, ce dernier ne peut en principe exercer le droit d'accès au dossier médical, lorsqu'est en jeu l'intimité de la vie privée de la personne, qu'après y avoir été autorisée par le juge ou le conseil de famille[35].

- La loi n'envisage que la question de la tutelle. Les dispositions spécifiques en la matière ne concernent pas les patients sous curatelle[36] ou sous sauvegarde de justice qui bénéficient d'un droit d'accès sans restriction particulière.

▮ Lorsque le patient est dans l'impossibilité de demander lui-même la communication de son dossier médical ou de désigner un mandataire, la mise sous tutelle du patient permettra au tuteur désigné d'accéder au dossier médical du patient. Elle lui permettra le cas échéant de fournir aux membres de la CRUQPC les éléments dont celle-ci a besoin pour l'instruction d'une réclamation ou d'une plainte[37].

Le patient hors d'état d'exprimer sa volonté

▮ Le dossier médical d'un patient ne peut être communiqué sans son accord à ses proches, même lorsque son état de santé lui interdit d'exprimer sa volonté. Si cet état tend à se prolonger, la famille n'a d'autre solution que d'introduire une action pour faire ouvrir la tutelle en application de l'article 440 du Code civil[38].

▮ Ainsi, s'agissant d'un patient en état de coma dépassé, la CADA a confirmé que tant que le patient n'était pas décédé, les proches n'avaient pas la qualité d'ayants droit et ne pouvaient pas bénéficier des dispositions de l'article L. 1110-4 donnant sous conditions un droit d'accès aux ayants droit[39]. Il ne peut donc en aller différemment que si le patient avait fait préalablement l'objet d'une mesure de tutelle. Dans cette hypothèse, le droit d'accès est exercé par le tuteur[40].

▮ Comme cela a été indiqué, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique n'est pas ès-qualité pourvue d'un droit d'accès aux informations médicales relatives à la personne qui l'a désignée. La CADA a néanmoins considéré qu'un élément du dossier pouvait lui être ponctuellement communiqué, lorsque les indications qu'il contient étaient nécessaires pour permettre à la personne de confiance de jouer son rôle, et pour la compréhension de l'état de santé du malade[41].

▮ Elle a également admis que les dispositions de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique permettent à la famille et aux proches du patient d'obtenir les informations nécessaires – et elles seules - lorsqu'il s'agit de lui apporter un soutien direct, et en particulier de se prononcer en toute connaissance de cause sur la décision à propos de laquelle les médecins traitants les ont consultés, lorsque le patient est lui-même hors d'état d'exprimer son consentement aux investigations ou interventions devant être réalisées[42].

▮ La CADA a considéré que le patient peut donner son consentement à la communication de son dossier à une personne qu'il désigne par des manifestations autres que verbales ou écrites[43].

Notes du chapitre 7

1- Ces dispositions concernent tous les mineurs, jusqu'à l'âge de leur majorité. La notion de « grand mineur » n'a pas de réalité juridique en cette matière, en dehors du droit des mineurs de « recevoir eux-mêmes une information d'une manière adaptée à leur degré de maturité » (art. L. 1111-2, C. santé publ.).

2- Article L. 1111-7 du Code de la santé publique. Ceci quelle que soit la composition du foyer dans lequel vit l'enfant : CADA, Directeur du CH de Troyes, conseil n° 20030255 du 23 janv. 2003. En cas de divorce ou de séparation, le parent n'ayant pas obtenu la garde de l'enfant conserve son droit d'accès si l'autorité parentale reste partagée. Le parent dont l'enfant fait l'objet d'une mesure de placement conserve son droit d'accès, sauf s'il a été privé de son autorité parentale (CADA, Directeur du Centre hospitalier de Châlons-en-Champagne, conseil n° 20074488 du 22 novembre 2007).

Le droit à communication bénéficie aux deux parents titulaires de l'autorité parentale et le mineur hospitalisé à l'initiative de l'un d'entre eux ne peut s'opposer à la communication des informations à l'autre titulaire de l'autorité parentale (CADA, avis n° 20103828 du 23 septembre 2010, Directeur du Centre hospitalier Montperrin).

La CADA a également indiqué que lorsque le juge des enfants a confié un mineur à un tiers digne de confiance dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative, les parents continuent, en application des dispositions de l'article 375-7 du Code civil, d'exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure. En principe, la personne désignée tiers digne de confiance en vertu de l'article 375-3 du Code civil n'a donc pas accès, en cette seule qualité, au dossier médical du mineur qui lui a été confié (CADA, Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger, conseil n° 20130367 du 20 juin 2013).

3- Par exemple un jugement de divorce, CADA Directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (hôpital de la Timone), avis n° 20065127 du 23 novembre 2007.

4- CADA, Directeur du Centre hospitalier de la région de Saint-Omer, avis n° 20081303 du 3 avril 2008 ; Directeur du Centre hospitalier Georges-Daumezon de Fleury-les-Aubrais, avis n° 20082090 du 22 mai 2008).

5- CADA, Directeur général de l'Assistance publique – hôpitaux de Marseille, avis n° 20065127 du 23 novembre 2006). De façon qui peut sembler contestable, mais dans un avis désormais ancien, la CADA a considéré comme recevable la demande présentée par le parent d'un enfant mineur, privé de l'autorité parentale sur l'enfant et ne disposant que d'un droit de visite et d'hébergement (CADA, 19 déc. 1991, Médecin du centre psychopédagogique UDSM).

6- CE, 21 février 1996, req. n° 149250

7- CADA, Directeur du Centre hospitalier René Dubos, avis n° 20103989 du 14 octobre 2010. Les parents mineurs d'un enfant doivent être regardés comme détenant et exerçant l'autorité parentale sur ce dernier. Les grands-parents, bien qu'ils représentent légalement le père ou la mère, ces derniers étant eux-mêmes mineurs, n'ont pas vocation à l'exercer en leur nom et n'ont aucun droit d'accès au dossier médical de l'enfant.

8- CADA, ministre de la Fonction publique, de la réforme de l'État et de l'aménagement du territoire, conseil n° 20024609 du 19 décembre 2002

9- Art. L. 1111-2, C. santé publ. et 371-1, C. civil

10- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 14

11- CADA, DDASS de l'Isère, conseil n° 20054024 du 6 octobre 2005

12- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 42

13- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 41

14- Au titre des dispositions de l'article L. 1111-5, C. santé publ.

15- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 14

16- Nonobstant le droit du mineur au secret médical, l'administration hospitalière n'établissait pas que ce

secret pouvait justifier de faire obstacle aux prérogatives de l'exercice de l'autorité parentale (TA Paris, 5 novembre 2009, req. n° 0707278).

17- Art. L. 1111-5, C. santé publ.

18- Art. R. 1111-6, C. santé publ. ; v. aussi CE, 17 nov. 2006, n° 270863

19- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 13

20- HAS, Accès aux informations …, préc., p. 13 : « Saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale alors que la personne mineure s'est opposée à la communication, le médecin doit s'efforcer de vérifier avec cette dernière la constance de cette volonté et de l'amener à prendre en compte les éléments susceptibles de modifier ce choix. Ce n'est que dans la situation où, en dépit de ces efforts, le mineur maintient son opposition que la demande du titulaire de l'autorité parentale ne pourra être satisfaite ».

21- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Versailles, conseil n° 20121015 du 22 mars 2012.

22- CADA, CDES du Rhône, conseil n° 20022817 du 11 juillet 2002. Il en est de même dans le cas où le patient mineur bénéficie à titre personnel de la couverture maladie universelle (CMU), à la suite d'une rupture des liens de famille avec les titulaires de l'autorité parentale (CADA, conseil n° 20121015 du 22 mars 2013, Directeur du Centre hospitalier de Versailles).

23- CADA, Directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (Groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul / Maison de Solenn), avis n° 20082236 du 5 juin 2008.

24- Art. 6 de la loi n° 78-753 modifiée du 17 juillet 1978.

25- CADA, Rapport d'activité 2002, p. 3.

26- Loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002.

27- CADA, conseil n° 20022103 du 13 juin 2002, Président du Conseil général de Saône-et-Loire.

28- L'article L.147-5 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que « (…). Les établissements de santé et les services départementaux ainsi que les organismes autorisés et habilités pour l'adoption communiquent au conseil national (CNAOP), sur sa demande, copie des éléments relatifs à l'identité des personnes mentionnées aux alinéas qui précèdent ainsi que tout renseignement ne portant pas atteinte au secret de cette identité, et concernant la santé des père et mère de naissance, les origines de l'enfant et les raisons et circonstances de sa remise au service de l'aide sociale à l'enfance ou à un organisme autorisé et habilité pour l'adoption (…) ».

29- L'ANAES, dans ses recommandations de bonne pratique publiées en 2003, indiquait que « le tuteur d'un majeur sous tutelle bénéficie de modalités d'accès identiques à celles d'un patient majeur non protégé » (ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 49). CADA, conseil n° 200024756 du 5 décembre 2002, CH Auban-Moët d'Epernay.

30- La CADA, considérant que le curateur ne peut représenter le majeur sous curatelle que pour la perception de ses revenus et le règlement de ses dépenses, estime qu'il n'a pas la qualité pour accéder au dossier médical de ce dernier. Le majeur sous tutelle peut donc adresser lui-même sa demande et accéder directement à son dossier médical (CADA, DDASS du Finistère, conseil n° 20031880 du 24 avril 2003).

31- CADA, Directeur du CH d'Aubenas, conseil n° 20022634 du 27 juin 2002

32- Art. L. 1111-7, C. santé publ.

33- Art. 459, al. 1, C. civil

34- Art. 459, al. 2, C. civil

35- Art. 459, al. 4, C. civil

36- La curatelle impose à la personne un régime de protection moins étroit. Dans ce cas, celle-ci est censée exercer elle-même son droit d'accès aux informations médicales qui la concernent (notamment CADA, Directeur du Centre hospitalier de Sarrebourg, conseil n° 20053559 du 6 octobre 2005).

37- CADA, CHRU de Montpellier, conseil n° 20131183 du 28 mars 2013

38- CADA, Directeur du Centre hospitalier d'Albertville-Moutiers, conseil n° 20091755 du 18 juin 2009

39- CADA, Directeur du Centre hospitalier des Pays de Morlaix, avis n° 20053099 du 6 octobre 2005

40- CADA, Centre hospitalier de La Grave, conseil n° 20031777 du 19 juin 2003

41- CADA, 22 janvier 2004, conseil n° 20040049

42- CADA, CHRU de Montpellier, conseil n° 20131183 du 26 mars 2013. La CADA a pu ainsi considérer dans le cas particulier d'un patient inconscient dont le pronostic vital était réservé, que « le secret médical ne fait pas obstacle à la communication à l'épouse du patient des informations nécessaires destinées à lui apporter un soutien direct à celle-ci », la CADA considérant que l'objectif invoqué de permettre la prise en charge, par une assurance, des frais médicaux et d'hospitalisation constitue bien un soutien direct du patient (CADA, Directeur du Centre hospitalier d'Albertville-Moutiers, conseil n° 20091755 du 18 juin 2009).

43- CADA, Directeur de l'Hôpital du Parc, avis n° 20064232 du 28 septembre 2006 ; Directeur de l'hôpital Notre-Dame de Bon Secours de Metz, avis n° 20073952 du 11 octobre 2007

8. La communication des informations génétiques

Un test génétique effectué dans un cadre médical peut livrer des informations importantes sur la santé passée, actuelle ou à venir d'un patient et de sa famille. En raison de l'impact qui peut en résulter, ces informations sont des données particulièrement sensibles. La loi prévoit ainsi des précautions quand elles doivent être délivrées au patient ou à sa famille.

Conservation des informations

Les informations relatives aux caractéristiques génétiques d'une personne doivent être conservées dans son dossier médical, selon les règles de droit commun : attestation certifiant que le médecin a apporté au patient les informations prévues par la loi[1], consentement écrit, doubles de la prescription de l'examen des caractéristiques génétiques[2], comptes rendus d'analyse de biologie médicale commentés et signés, refus du patient que les résultats lui soient communiqués[3], etc.

L'examen des caractéristiques génétiques peut conduire à l'identification d'une anomalie génétique pouvant être responsable d'une affection grave justifiant de mesures de prévention (y compris de conseil génétique) ou de soins. L'information de la parentèle ou le silence gardé par le patient sont des points déterminants. Pour cette raison, le dossier devra mentionner les modalités d'information de la parentèle dans le cadre de l'examen[4] : souhait du patient d'informer lui-même les intéressés (ou certains d'entre eux), identité précise de ces personnes, refus du patient d'autoriser le médecin à informer lui même la parentèle, résultats de l'examen, document résumant ces résultats et liste des personnes éventuellement concernées par l'anomalie génétique. Elles y seront conservées pendant 20 ans.

Une disposition particulière s'applique toutefois à l'égard des laboratoires hospitaliers d'analyse de biologie médicale.
Lorsque les informations portent identification des caractéristiques génétiques du patient, les comptes rendus des analyses de biologie médicale et leur commentaire explicatif doivent également être conservés par les laboratoires autorisés à pratiquer des examens de caractéristiques génétiques, pendant une durée de trente ans[5].

En pratique, il est recommandé de constituer un dossier confidentiel « génétique » séparé au sein du dossier médical.

La communication au patient

- Les modalités de communication des informations contenues dans le dossier médical sont celles du droit commun lorsqu'elles concernent les caractéristiques génétiques

d'une personne ou sont relatives à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales.

Le patient bénéficie ainsi d'un droit à communication directe des informations formalisées contenues dans son dossier médical, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Cette problématique des tiers est souvent sensible s'agissant d'informations génétiques et impose une vigilance toute particulière. Entre autres exemples, la CADA a estimé qu'une patiente ne pouvait avoir accès au sein de son dossier au caryotype sanguin de son conjoint décédé, dont elle souhaitait avoir communication pour permettre à sa fille de prouver sa filiation avec le défunt qui ne l'avait pas reconnue à sa naissance et faire valoir ainsi ses droits à la succession[6].

- L'information du patient doit être effectuée par le médecin prescripteur des examens génétiques, seul professionnel habilité à communiquer les résultats de cet examen à la personne intéressée[7]. En cas d'absence de ce médecin (changement d'établissement, retraite, décès, etc.), il est recommandé que l'information du patient soit systématiquement accompagnée par un généticien.

Les modalités d'information doivent avoir été préalablement définies, notamment au cours de la consultation ayant donné lieu à la prescription[8]. En pratique, l'information doit être à la fois orale lors d'un rendez-vous spécifique, et écrite par la remise à l'intéressé sous pli fermé des résultats de l'examen, de leur commentaire explicatif, ainsi que de la liste des personnes susceptibles de bénéficier d'un trait génétique commun.

La communication aux titulaires de l'autorité parentale

Lorsque les informations concernent des personnes mineures, le droit d'accès à leur dossier médical est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale, sous réserve du droit d'opposition des mineurs portant sur la communication des informations se rapportant à des traitements ou interventions sur lesquels ils ont souhaité garder le secret[9]. Cette situation cependant est *a priori* exceptionnelle s'agissant de l'examen des caractéristiques génétiques.

En effet, un examen génétique n'est prescrit chez un mineur que si celui-ci ou sa famille peuvent personnellement bénéficier de mesures préventives ou curatives immédiates[10]. Dans le cas contraire, il sera recommandé de ne le lui proposer qu'à partir de sa majorité. « Si le mineur n'est pas exposé au risque de développer lui-même une maladie génétique et si le risque ne concerne que sa descendance, il ne semble en effet pas judicieux de chercher à connaître son statut génétique avant l'âge adulte »[11].

Cette question est parfois abordée dans des demandes visant la recherche de paternité. Dans ce cas :

- Il incombe aux professionnels de santé qui assurent la communication des informations d'en exclure celles concernant d'autres personnes que l'enfant, notamment celles concernant la santé de ses parents.
- Lorsque la demande des titulaires de l'autorité parentale tend à la communication

du dossier médical d'un enfant mineur, il leur appartient donc d'y procéder après occultation ou disjonction des informations médicales relatives aux parents, notamment leurs caractéristiques génétiques[12].

La communication aux ayants droit

Les informations contenues dans le dossier médical d'une personne décédée ne sont pas accessibles à ses ayants droit, hors des cas strictement énoncés par la loi (v. p. 95-101). Il en est ainsi a fortiori pour les informations relatives à ses caractéristiques génétiques.

Sous réserve du respect du secret médical, ainsi que d'une éventuelle opposition exprimée par le défunt de son vivant et consignée dans son dossier médical[13], les ayants droit ne peuvent accéder aux informations que « dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits[14].

Afin d'accompagner de la façon la plus appropriée possible les demandeurs, il est recommandé d'organiser cette information en présence d'un professionnel qualifié en génétique, lors d'une consultation spécifique.

Demande d'une compagnie d'assurances ou d'une banque

Lorsque sont en jeu des informations à caractère génétique, une vigilance particulière doit être apportée aux demandes de communication de dossier médical au profit d'un médecin-conseil d'une compagnie d'assurances ou à une banque, du vivant du patient.

Il convient de remettre directement au patient demandeur tout ou partie de son dossier médical, tout en lui fournissant les explications appropriées, en lui indiquant notamment que la loi le protège de toute discrimination en raison de ses caractéristiques génétiques[15]. Il lui reviendra, le cas échéant, de prendre la responsabilité de choisir les éléments qu'il souhaitera communiquer de son propre chef à sa compagnie d'assurances ou à sa banque, etc.

Notes du chapitre 8

1- Art. L 1131-1 et s, C. santé publ. ; art. 16-10, C. civil

2- Double de l'attestation faite par un médecin dans le cadre de la prescription d'examen des caractéristiques génétiques pour un patient présentant un ou des symptômes d'une maladie génétique. Le document doit justifier que la personne a été informée des caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement, et que son consentement a été recueilli (art. R. 1131-5, C. santé publ.).

3- Art. R. 1131-19, C. santé publ. ; Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales.

4- Art. L. 1131-1-2 et R. 1131-20-1 à R. 1131-20-4, C. santé publ.

5- Art. R. 1131-20, C. santé publ.

6- CADA, 26 février 2009, conseil n° 20090583, Directeur du Centre hospitalier Henri Mondor d'Aurillac.

7- Art. L. 1131-1-3 du C. santé publ.

8- Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales.

9- Art. L. 1111-5, C. santé publ.

10- Art. R. 1131-5 al. 3, C. santé publ.

11- Inserm, Tests génétiques, Questions scientifiques, médicales et sociétales, Expertise collective, 2008

12- Dans l'hypothèse d'une demande d'un titulaire de l'autorité parentale désirant accéder aux informations relatives à ses propres caractéristiques génétiques (ou implicitement ou non, à celles de l'autre parent), contenues dans le dossier médical du mineur, la CADA a affirmé que « les parents ne peuvent accéder à ces informations, pour ce qui concerne chacun d'eux, que dans le cadre d'une demande d'accès portant spécifiquement sur les informations concernant leur santé ». Elle a estimé en cette matière que « l'accès aux caractéristiques génétiques d'une personne ne peut s'effectuer qu'auprès du médecin prescripteur de l'examen » (CADA, 18 juin 2009, n° 20091209, Secrétaire général de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris) ; à lire au regard de l'avis du 5 juillet 2007 ci-dessous.

13- Décret n° 2010-527 du 20 juin 2013 relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale.

14- CADA, 5 juillet 2007, conseil n° 20072015, Secrétaire général de l'AP-HP : la CADA estime que « selon l'objectif poursuivi par le demandeur et, lorsque cet objectif sera de connaître les causes de la mort, le rôle qu'une maladie ayant une origine ou une traduction génétique aura joué sur le décès du patient, (le droit d'accès) pourra ou non porter sur des informations relatives à cette maladie et aux caractéristiques génétiques du patient décédé ». Cette information des ayants-droit ne doit pas nécessairement être effectuée par le médecin prescripteur des examens génétiques du défunt. La CADA affirme qu'« aucune disposition n'exige […] que l'accès des ayants droit d'une personne décédée aux informations relatives aux caractéristiques génétiques de ces personnes se fasse par l'intermédiaire du médecin qui a prescrit les examens génétiques ».

15- Article 16-11, C. civil.

9. Le dossier d'assistance médicale à la procréation (AMP)

L'assistance médicale à la procréation (AMP) comprend l'ensemble des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception in vitro, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle[1].

Il s'agit d'une activité médicale : « *elle a pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ou d'éviter la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité* »[2].

Principes généraux

- Lorsqu'un couple est pris en charge, un dossier médical commun clinico-biologique doit être constitué[3]. Il en est ainsi en cas d'insémination artificielle, de fécondation *in vitro*, de conservation et d'accueil d'embryons.

- Les règles de communication de ce dossier médical commun ne dérogent pas aux dispositions de droit commun du Code de la santé publique. La constitution d'un dossier « commun » n'a pas non plus pour effet de priver les personnes concernées de leur droit individuel au secret médical.

- Lorsqu'une seule personne est concernée, un dossier médical individuel est établi. C'est le cas en matière d'insémination artificielle sans tiers donneur : le praticien doit disposer d'un dossier médical spécifique pour le recueil et la préparation du sperme[4]. C'est également le cas pour les activités de don de gamètes, ou pour celles d'autoconservation de gamètes en vue d'une utilisation différée[5].

- La communication des informations relatives à un don de gamètes ou d'embryons répond à des règles très spécifiques, afin de protéger le secret de l'identité du donneur.

- La conservation des données à caractère personnel relatives aux donneurs de gamètes ou d'embryons, aux couples receveurs ou aux personnes issues des techniques d'assistance médicale à la procréation avec tiers donneur est soumise au contrôle de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)[6].

Composition du dossier d'AMP

- Pour toute technique d'AMP nécessitant l'intervention d'un acte clinique[7], le centre autorisé pour cette activité a l'obligation de conserver la copie des pièces attestant du respect des conditions d'accès à l'AMP et du consentement écrit du couple bénéficiaire de l'AMP[8].

Ces éléments font partie des informations qui doivent *a minima* constituer le dossier médical commun[9]. Ce dossier doit être conservé, comme tout dossier médical hospitalier, pendant vingt ans à compter du dernier passage de la personne dans l'établissement[10].

- Le dossier médical commun comporte d'abord les pièces exigées avant le recours à l'AMP :
  - les éléments cliniques et biologiques communs à toute AMP ;
  - les comptes rendus des AMP antérieures et leurs résultats ;
  - les éléments cliniques et biologiques spécifiques de chaque AMP ;
  - le double des comptes rendus des tentatives remis aux patients ;
  - tout élément relatif à la survenue d'un incident ou effet indésirable (dans le cadre du dispositif de vigilance relatif à l'AMP) ;
  - la photocopie d'un document officiel portant une photographie de chaque membre du couple ;
  - un justificatif du mariage ou tout document apportant les éléments en faveur d'une durée de vie commune d'au moins deux ans ;
  - le consentement écrit du couple, signé préalablement à la mise en œuvre de l'AMP et renouvelé avant chaque tentative d'AMP, y compris avant chaque transfert d'embryons ;
  - un engagement écrit du couple d'informer l'équipe pluridisciplinaire, à chacune des étapes de la prise en charge, de toute modification concernant sa situation familiale et son lieu de résidence.

- Pour toutes les techniques d'AMP, il comporte ensuite des éléments cliniques et biologiques :
  - les résultats de la concertation clinico-biologique, avec notamment l'indication de l'AMP, accompagnée des éléments qui ont permis de l'établir, ainsi le cas échéant que la conclusion des prises en charge antérieures ;
  - les résultats des tests de sécurité sanitaire ;
  - les traitements administrés et la réponse ovarienne à la stimulation ;
  - en cas de grossesse, une information sur son évolution et sur l'état de santé du ou des nouveau-nés ;
  - le compte rendu de la tentative d'AMP (au minimum : le rang de la tentative ; le type de stimulation ovarienne ; le nombre d'ovocytes utilisés, inséminés ou micro-injectés en cas de fécondation in vitro ; les éventuelles techniques particulières ; le nombre total d'embryons obtenus, transférés et conservés en cas de fécondation in vitro ; tout autre élément jugé utile pour la poursuite de la prise en charge).

- Plus particulièrement, en matière d'insémination[11] :
  - l'indication médicale de la mise en œuvre et du choix de la technique d'AMP ;
  - le nombre et la qualité des spermatozoïdes recueillis et inséminés ;
  - la date et l'issue de l'insémination ;
  - toute information disponible relative à l'évolution des grossesses et à l'état de santé des nouveau-nés et des enfants ;
  - les documents de suivi de l'induction de l'ovulation et la détermination du moment estimé de l'ovulation ; le rang de la tentative ;
  - l'origine du sperme, frais ou conservé ;
  - la date et l'heure du recueil de sperme, de sa préparation et de l'insémination ;
  - les paramètres du sperme utilisé pour l'insémination et le nombre de spermatozoïdes à mobilité progressive inséminés.

- Plus particulièrement, en matière de FIV avec ou sans micromanipulation[12] :
  - l'indication médicale de la mise en œuvre et du choix de la technique d'AMP ;
  - la date des ponctions de gamètes et le nombre d'ovocytes prélevés et préparés lors de chacune des ponctions ;
  - la date des transferts et le nombre d'embryons transférés ;
  - toute information disponible relative au devenir des embryons, à l'évolution des grossesses et à l'état de santé des nouveau-nés et des enfants ;
  - toute information relative aux incidents et effets indésirables survenus dans la mise en œuvre de l'AMP ;
  - le compte rendu du prélèvement ;
  - le nombre et la qualité des ovocytes recueillis et inséminés ou micro-injectés ;
  - les techniques mises en œuvre ;
  - les paramètres spermatiques du jour de la tentative et le nombre de spermatozoïdes utilisés pour l'insémination *in vitro* ;
  - le compte rendu du prélèvement chirurgical des spermatozoïdes et les éléments de leur cryoconservation, le cas échéant ;
  - le nombre d'ovocytes fécondés le lendemain de l'insémination ou de la micro-injection, incluant les éventuelles fécondations anormales ;
  - le nombre et la morphologie des embryons obtenus et leur stade de développement jusqu'au moment du transfert et de la conservation ;
  - la date du transfert et le nombre d'embryons transférés ;
  - la date de conservation et le nombre d'embryons conservés.

- S'agissant de la conservation à usage autologue de gamètes et tissus germinaux, le dossier doit comprendre *a minima* le consentement écrit de la personne (et, le cas échéant, celui du titulaire de l'autorité parentale s'il s'agit d'un mineur, ou du tuteur s'il s'agit d'une personne faisant l'objet d'une mesure de tutelle), ainsi que le motif et l'indication de la conservation des gamètes ou des tissus germinaux posée conjointement avec le médecin qui prend en charge la pathologie susceptible d'altérer la fertilité de la personne[13].

Modalités de communication du dossier médical d'AMP

Les règles de communication du dossier médical d'AMP relèvent du droit commun, telles que prévues par l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.
Les équipes hospitalières doivent cependant faire preuve d'une vigilance particulière, dans une matière très sensible, s'agissant d'informations recueillies auprès de tiers ou concernant des tiers, qui ne sont pas communicables au demandeur, malgré les relations souvent étroites qu'il peut entretenir avec ces tiers[14].

C'est pourquoi lorsqu'une personne demande communication d'informations relatives à son dossier d'AMP, il convient de faire droit à sa demande et de lui transmettre les informations la concernant, sur présentation de sa pièce d'identité.
En revanche, dans la mesure où ces informations médicales sont contenues dans ce dossier commun et donc que des informations médicales relatives à l'autre membre du couple y sont mentionnées, il convient d'occulter ces données de l'autre membre du couple avant de procéder à la communication, sauf accord écrit de ce dernier.

En cas de contestation, on invitera le demandeur à saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA).

Le dossier médical du couple donneur d'embryons

▪ La procédure d'accueil d'embryons prévoit le recueil et la conservation de nombreuses informations :

- En premier lieu, le consentement à l'accueil d'embryons implique pour le couple donneur de consentir à la conservation d'informations relatives à la santé de ses membres, dans un dossier commun. En cas de refus de conservation de ces informations, l'accueil d'embryons ne peut pas être mis en œuvre[15].

  Les informations du dossier commun du couple portent notamment, « sous forme rendue anonyme », sur les antécédents médicaux personnels et familiaux de chacun des membres du couple et les données cliniques actuelles jugées nécessaires par les praticiens, ainsi que sur les résultats des tests de dépistages sanitaires obligatoires (infection par les virus VIH, les virus des hépatites B et C et la syphilis).

  La responsabilité de la tenue de ce dossier commun et de l'exactitude des informations qui y sont consignées relève du praticien agréé du centre autorisé à conserver les embryons en vue de leur accueil. Il doit être archivé dans des conditions garantissant la confidentialité des informations contenues.

  Ce dossier peut être porté à la connaissance d'un médecin, « sur sa demande, en cas de nécessité thérapeutique.»[16]

- Outre le dossier commun du couple ou donneur d'embryons, le centre autorisé à conserver les embryons en vue de leur accueil a l'obligation de conserver d'autres informations, dans des conditions propres à en assurer la confidentialité.

  Il s'agit du nombre d'embryons accueillis, de la date des transferts en vue d'implantation, et de toute information relative à l'évolution des grossesses induites par un accueil d'embryon, y compris leur éventuelle interruption, la date de naissance et l'état de santé des nouveau-nés et des enfants[17].

  Les informations permettant d'établir un lien entre le couple à l'origine de la conception des embryons et les enfants à naître ou nés après accueil doivent être codées et conservées, pendant au moins quarante ans. Elles sont conservées dans une chambre ou armoire forte spécifiquement affectée à cette conservation.

  Seuls les praticiens agréés au titre des activités de conservation d'embryons en vue de leur accueil et de mise en œuvre de cet accueil peuvent avoir accès à ces informations[18].

Le dossier médical du donneur de gamètes

- Les professionnels de santé ont l'obligation de constituer un dossier comportant plusieurs informations relatives au donneur de gamètes (spermatozoïdes et ovocytes), lequel doit consentir expressément à leur conservation[19].

- Ce dossier doit être archivé pendant une durée de quarante ans, quel que soit son support, sous forme anonyme et dans des conditions garantissant la confidentialité.

- La communication de ces informations est strictement encadrée par les principes fondamentaux de la bioéthique, notamment l'article 16-8 du Code civil relatif au secret de l'identité du donneur et du receveur[20]. Ainsi, « le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur », aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée, et « il ne peut être dérogé à ce principe d'anonymat qu'en cas de nécessité thérapeutique »[21]. La violation de ce secret emporte des sanctions pénales lourdes[22] .

- La CADA en 2010, puis le Conseil d'État en 2013 ont rappelé les règles applicables quant à l'accès des tiers aux informations identifiantes et non identifiantes[23] du donneur de gamètes[24] :

  - L'accès aux informations touchant à l'identité des donneurs, à l'identification des enfants nés et aux liens biologiques existant entre eux est strictement limité aux praticiens agréés pour les activités de recueil, prélèvement, préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes et de sperme en vue d'un don[25].

    En dehors du donneur et des professionnels agréés, aucun tiers n'a donc accès aux informations identifiantes du donneur.

  - En dehors du donneur, seul un médecin a le droit d'accéder aux informations médicales non identifiantes du donneur et ceci, en cas de nécessité thérapeutique concernant un enfant conçu à partir de gamètes issus de don[26].

Pour autant, lorsqu'est diagnostiquée chez une personne qui a fait un don de gamètes ayant abouti à la conception d'un ou plusieurs enfants, une anomalie génétique grave dont les conséquences sont susceptibles de mesures de prévention ou de soins, le donneur « peut autoriser le médecin prescripteur à saisir le responsable du centre d'assistance médicale à la procréation afin qu'il procède à l'information des enfants issus du don[27] ».

Notes du chapitre 9

1- Art. L. 2141-1, C. santé publ. ; arrêté du 18 juin 2012 fixant la liste des procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation.

2- Art. L. 2141-2, C. santé publ.

3- Point I - 1.3 de l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif au règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

4- Point II.5 de l'arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

5- Cette technique consiste à permettre à une personne dont la fertilité est susceptible d'être prématurément altérée, notamment en cancérologie, de bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité (art. L. 2141-11, C. santé publ.).

6- Art. L. 1244-6, C. santé publ.

7- Prélèvement de gamètes, transfert d'embryons, mise en place de la procédure d'accueil d'embryons.

8- Art. R. 2142-25, C. santé publ.

9- Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

10- Arrêté du 3 août 2010 modifiant l'arrêté du 11 avril 2008 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation.

11- Art. R. 2142-28, C. santé publ.

12- Art. R. 2142-9, C. santé publ.

13- Art. R. 2142-29, C. santé publ.

14- CADA, Responsable du Centre d'études et de conservation des œufs et du sperme (CECOS) Jean Verdier, avis n° 20102395 du 27 juillet 2010 : en vertu du II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978, les documents administratifs mettant en cause la protection de la vie privée ne sont communicables qu'à l'intéressé. Il résulte de ces dispositions, combinées avec celles de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique, que toute personne peut avoir accès aux informations relatives à sa santé contenues dans des documents administratifs, à l'exclusion des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. Ces dispositions s'opposent à la communication au demandeur du dossier médical de ses parents, ainsi que de celui du donneur à l'origine de sa conception par insémination artificielle (IAD).

15- Art. R. 2141-2, al. 3, C. santé publ.

16- Art. R. 2141-2 et R. 2141-7, C. santé publ.

17- Art. R. 2141-8 al. 1, C. santé publ.

18- Art. R. 2141-8 al. 2, C. santé publ.

19- Art. R. 1244-5, C. santé publ.

20- Art. 16-8, C. civ. : « Aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne peut être divulguée. Le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur. En cas de nécessité thérapeutique, seuls les médecins du donneur et du receveur peuvent avoir accès aux informations permettant l'identification de ceux-ci ».

21- Art. L. 1211-5, C. santé publ. (ces dispositions reprennent celles de l'article 16-8 du Code civil).

22- Art. 511-10, C. pén. : « le fait de divulguer une information permettant à la fois d'identifier une personne ou un couple qui a fait don de gamètes et le couple qui les a reçus est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende ».

23- Son âge, au moment du don et à ce jour, ainsi que son éventuel décès ; sa situation professionnelle au moment du don ; sa description physique ; son environnement au moment du don, notamment sa situation familiale et le nombre de ses enfants ; les motivations de son don ; l'existence éventuelle d'autres dons effectués précédemment ; ses antécédents médicaux, personnels et familiaux ; le nombre d'enfants conçus à partir de ce donneur, etc.

24- CADA, 27 juillet 2010, avis n° 20102395, responsable du CECOS Jean Verdier ; CE, 13 juin 2013, n° 362981.

25- Art. R. 1244-5 al. 6, C. santé publ.

26- Art. L. 1244-6 al. 1, C. santé publ.

27- Art. L. 1131-1-2, C. santé publ.

10. Quand le patient est soigné en psychiatrie

Sous réserve de quelques particularités, la loi n'encadre pas de façon spécifique la communication du dossier médical des patients souffrant de troubles mentaux. La vulnérabilité particulière de ces patients ne peut donc être le prétexte à des restrictions d'un droit fondamental dont doit bénéficier toute personne malade.

Un patient pris en charge pour des soins psychiatriques a ainsi le droit, en principe, d'accéder directement à son dossier médical, comme tout autre patient, qu'il soit pris en charge en soins « libres » ou sous un régime de soins sous contrainte.

Les aménagements prévus par la loi, lorsque le patient est soigné sous contrainte, ont principalement pour objet d'assister le patient qui souhaite prendre connaissance des informations qui le concernent.

Les risques d'une gravité particulière

- Le législateur a prévu la possibilité de restreindre l'exercice du droit d'accès direct à son dossier médical aux patients qui font ou ont fait l'objet de soins psychiatriques sous contrainte en leur imposant, sous certaines conditions, la présence d'un médecin lors de cet accès (art. R. 1111-5, C. santé publ.).

Cette restriction ne peut être imposée qu' « **à titre exceptionnel et en cas de risques d'une gravité particulière** » et pour les seules informations recueillies dans le cadre de soins sous contrainte[1]. Elle ne saurait donc, d'aucune façon, avoir un caractère systématique.

- Le médecin responsable de la transmission du dossier médical qui souhaiterait ainsi la présence d'un médecin « intermédiaire » devra motiver ces risques d'une gravité particulière.

Pour apprécier si ces risques sont bien motivés, le juge administratif s'en tient à l'appréciation faite par le directeur[2] de l'établissement de santé concerné[3] .

- Le médecin doit informer le patient de son souhait.

Si ce dernier refuse de désigner un médecin, l'établissement comme le patient peuvent saisir la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)[4] (art. L. 1111-7, C. santé publ.).
L'établissement devra fournir sans délai à la CDSP, sous pli confidentiel, les informations nécessaires relatives à la santé du patient et les éléments qui le conduisent à demander la présence d'un médecin[5].

L'avis de la CDSP s'imposera au patient et à l'établissement[6]. Il leur sera notifié dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande initiale du patient.

La saisine de la CDSP ne fait pas obstacle à la communication des informations si le patient revient sur son refus de désigner un médecin. Dans le cas où la saisine a déjà eu lieu, l'établissement doit en informer la commission (art. R. 1111-5, C. santé publ.).

▮ Si la CDSP impose la présence d'un médecin « intermédiaire », il revient au patient de le choisir (art. L. 1111-7, C. santé publ.).

▮ Des patients qui ne sont plus hospitalisés sous contrainte demandent parfois leur dossier ou des informations portant sur une période révolue où ils étaient soignés contre leur gré. L'accès aux informations peut-il dans ce cas être subordonné à la présence d'un médecin ?
La CADA, amenée à se prononcer sur le sujet, a considéré que dans ce cas, ce n'est pas la situation du demandeur au moment de la demande d'accès qui doit être prise en considération, mais la nature du dossier d'hospitalisation. Quel que soit le moment de la demande et les modalités d'accès qui sont utilisées (consultation sur place ou communication par courrier), la CADA a indiqué qu'il revient à l'hôpital « d'apprécier en fonction de la pathologie et du contenu du dossier médical sollicité si le demandeur est en mesure de bénéficier d'un accès direct à l'information médicale qui le concerne, ou si ce droit d'accès doit s'effectuer en présence d'un médecin compte tenu des risques d'une gravité particulière que son état de santé laisse supposer »[7].

Dans le cadre de la procédure devant le juge des libertés et de la détention

▮ Afin que le juge des libertés et de la détention (JLD) puisse contrôler le bien fondé de l'hospitalisation complète d'un patient en soins psychiatriques sans consentement, la loi prévoit que ce juge :

- peut être saisi par certains tiers d'une demande de mainlevée de la décision d'hospitalisation (art. L. 3211-12, C. santé publ.),
- peut se saisir d'office (même art.),
- se prononce de façon systématique, à certains moments de la prise en charge (notamment avant l'expiration d'un délai de 15 jours à compter de la date de l'admission), sur le maintien de l'hospitalisation complète (art. L. 3211-12-1, C. santé publ.)[8].

Une copie de l'intégralité du dossier doit alors être mise à disposition de l'avocat du patient, dans les locaux de l'établissement[9].
Cette procédure devant le JLD a en effet un caractère contradictoire.

▮ Le dossier contient les informations médicales et administratives suivantes (« pièces de l'article R. 3211-11 du Code de la santé publique ») :

- quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers, les nom, prénoms et adresse de ce tiers, ainsi qu'une copie de la demande d'admission ;
- quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet (SDRE), une

copie de l'arrêté prononçant l'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, la copie de l'arrêté pris après que des mesures provisoires nécessaires ont été décidées par un maire ou le plus récent des arrêtés préfectoraux ayant maintenu la mesure de soins ;

- quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise prévues par le Code de procédure pénale[10] ;
- une copie des certificats et avis médicaux[11] au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile en sa possession, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;
- l'avis du collège «psychiatrique» prévu par la loi[12] :
  - lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée après qu'un classement sans suite, une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale a été rendu ou,
  - lorsqu'elle fait l'objet de soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) et qu'elle a déjà fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée après qu'un classement sans suite, une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale a été rendu ou,
  - lorsqu'elle fait l'objet de soins sur décision du représentant de l'État (SDRE) et qu'elle a déjà fait l'objet d'une hospitalisation dans une unité pour malades difficiles (UMD).
- le cas échéant :
  - l'opposition de la personne qui fait l'objet de soins à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle ;
  - l'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient, indiquant, selon le cas, les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition ou attestant que son état mental ne fait pas obstacle à l'utilisation de moyens de télécommunication audiovisuelle[13].

« L'avis d'audience indique que les pièces mentionnées à l'article R. 3211-11 peuvent être consultées au greffe du tribunal et que la personne qui fait l'objet de soins, quand elle est hospitalisée, peut y avoir accès dans l'établissement où elle séjourne, dans le respect, s'agissant des documents faisant partie du dossier médical, des prescriptions de l'article L. 1111-7[14]. Le greffe délivre une copie de ces pièces aux avocats qui en font la demande »[15].

Communicabilité de la demande du tiers et des documents rédigés par les différents intervenants

En cas de soins à la demande d'un tiers, la demande signée du tiers et à l'origine de la procédure n'est pas communicable au patient, car elle révèle un comportement dont la divulgation serait susceptible de porter préjudice à son auteur[16].
Cette position de la CADA, constante, doit être prise en référence, bien qu'elle ait pu être contestée[17]. Elle rejoint les dispositions générales de la loi sur la non-communicabilité des informations relatives aux tiers.

Le patient ne pourra ainsi obtenir de l'administration hospitalière qu'elle lui communique l'identité du tiers à l'origine de sa prise en charge en soins psychiatriques sous contrainte.

Il doit être souligné toutefois que l'ouverture d'une procédure contradictoire devant le juge des libertés et de la détention (v. supra) permet, depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011, que le patient et son avocat puissent dans ce cadre accéder à son dossier et notamment à la demande faite par le tiers. Ce qui restreint considérablement la portée du principe de non-communicabilité qui vient d'être évoqué…

- La demande de communication du dossier médical par l'ayant droit d'un patient décédé ne peut être recevable pour les pièces mentionnant l'identité du tiers demandeur des soins sous contrainte[18]. En revanche, les certificats médicaux à l'origine du diagnostic ayant conduit aux soins du patient (et auxquels l'ayant droit voudra avoir accès par exemple afin de faire valoir ses droits dans le cadre d'un litige) sont communicables[19].

- La CADA avait estimé, sous le régime antérieur à la loi du 5 juillet 2011, que s'agissant d'une personne susceptible de se montrer agressive à l'encontre des médecins ou responsables qui se sont prononcés en faveur de l'hospitalisation d'office[20], « il est possible et souhaitable d'occulter les noms, qualités et signatures de ces médecins ou responsables sur les pièces du dossier qui sera communiqué (certificats médicaux, décisions relatives au placement et à son suivi) »[21].

Communicabilité des documents administratifs

Les documents établis par une autorité administrative et non par un médecin, tels que les arrêtés d'hospitalisation d'office (aujourd'hui : « sur demande du représentant de l'Etat »), ne sont pas des documents médicaux, sauf s'ils sont joints à un dossier médical[22].

Ils seront communicables le cas échéant sous le régime de la loi du 17 juillet 1978 et non sous celui de la loi du 4 mars 2002.

Notes du chapitre 10

1- Selon le cas : à la demande d'un tiers (SDT), sur décision du représentant de l'État (SDRE) ou sur décision judiciaire.

2- Bien entendu, cette appréciation du directeur agissant en qualité de représentant de l'établissement sera fondée sur un avis médical.

3- CE, 10 avril 2009, n° 289795. Sur ce sujet, le Conseil d'État a considéré que « la production (par le patient) d'un jugement du Tribunal d'instance ordonnant la mainlevée d'une mesure de tutelle et les témoignages (du patient qu'il n'existe pas de risques d'une particulière gravité à lui communiquer des informations médicales contenues dans son dossier) ne suffisent pas à remettre sérieusement en cause l'appréciation portée par l'établissement au regard des pathologies psychiatriques qui ont motivé son hospitalisation à la demande d'un tiers ».

4- La commission départementale des soins psychiatriques est ainsi composée : deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet ; un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ; deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département ; un médecin généraliste désigné par le préfet (art. L. 3223-2, C. santé publ.). Elle doit notamment être informée, selon les cas, de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de toutes décisions de maintien de ces soins et des levées de ces mesures et reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte, ou de leur conseil, et examine leur situation.

5- Circulaire DGS/SD6 C n° 2005-88 du 14 février 2005 relative à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP).

6- Le rapport de la CDSP est lui-même communicable (CADA, Ministre de la santé et des solidarités/DDASS-CDHP du Val d'Oise, avis n° 20065122 du 23 novembre 2006).

7- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, 2 décembre 2003. CADA, 16 septembre 2010, conseil n° 20103449, Directeur de l'établissement public de santé mentale (EPSM) Morbihan.

8- La loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 prévoit une diminution de ce délai à 12 jours à compter du 1er septembre 2014

9- Art. L. 3211-12-2, C. santé publ.

10- Décision et expertise mentionnées à l'article 706-135 du Code de procédure pénale.

11- Documents prévus aux chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie de la partie législative du Code de la santé publique.

12- Avis mentionné à l'article L. 3211-9, C. santé publ.

13- Art . R. 3211-11, C. santé publ. On notera que la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 a prévu la suppression de l'utilisation des ces moyens (visioconférence) à compter du 1er septembre 2014, rendant ces dispositions caduques.

14- Accès en présence d'un médecin, v. p. 89-90

15- Art. R. 3211-12, C. santé publ.

16- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Salon-de-Provence, avis n° 20072892 du 26 juillet 2007.

17- La HAS a en effet pris une position plus nuancée sur le sujet, laissant ouverte la possibilité d'une divulgation de l'information : « En cas d'hospitalisation sur demande d'un tiers, si le patient souhaite connaître l'identité ou l'adresse du tiers, il est recommandé que ce soit le psychiatre qui suit le patient pendant son hospitalisation qui apprécie au cas par cas le rapport bénéfices/risques de cette divulgation. En cas de doute, il est recommandé de solliciter l'avis de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques. Cette divulgation s'insère dans le cadre de l'accompagnement du patient (HAS, Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, 2005, recommandations, p. 15).

18- CAA Nantes, 7 octobre 1999, Melle X., D. 2001.275, note M. Joyau ; ou encore CADA, Directeur de l'hôpital La Grave, conseil n° 20031777 du 19 juin 2003. La CADA a indiqué en 2006 que :
- d'une part, doit être regardée comme tiers au sens de la loi toute personne autre que le malade ;
- d'autre part, la communication d'éléments relevant de tiers tels que la demande d'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), ne peut être réservée qu'au tiers en application de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978. En effet cette loi dispose que sont communicables qu'à l'intéressé les documents (…) faisant apparaître le comportement d'une personne, dès lors que la divulgation de ce comportement pourrait lui porter préjudice (CADA, avis du 11 mai 2006, CH de Blain n° 20062245).

19- CADA, Directeur de l'Établissement public de santé mentale Val de Lys – Artois, 25 janvier 2007 , conseil n° 2070267 du 25 janvier 2007.

20- Désormais soins sur demande du représentant de l'État (SDRE) depuis la loi du 5 juillet 2011.

21- CADA, DASS de la Seine-Maritime, conseil n° 19992764 du 28 août 1999.

22- CADA, Directeur du Centre hospitalier René-Prévot, conseil n° 20062025 du 11 mai 2006.

11. Quand le patient est décédé

Le patient dispose de son vivant d'une forme de monopole pour l'accès à son dossier : lui seul au sein de sa famille et de son entourage est en droit d'en obtenir communication.

Le décès du patient crée une situation nouvelle : les ayants droit peuvent alors avoir accès au dossier, mais dans des conditions restrictives.

La loi vient en effet protéger *post mortem* les informations sur le patient décédé qui relevaient de sa vie privée. Car la mort ne délivre ni le médecin ni l'établissement de leur obligation générale de secret sur les informations confidentielles qu'ils détiennent sur le malade. Et la communication d'informations médicales aux ayants droit a un caractère dérogatoire.

En tout état de cause, le patient n'étant pas de son vivant propriétaire de son dossier, ses héritiers ne peuvent après son décès prétendre se le voir remettre[1].

Outre le fait qu'il devra justifier de son identité et de son statut d' « ayant droit », le demandeur devra préciser le motif pour lequel il a besoin d'avoir connaissance des informations qu'il sollicite.

Ce que disent les textes

- L'article L. 1111-7 du Code de la santé publique dispose qu' « (…) En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4 (…)».
- Et l'article L. 1110-4 du même code énonce que « (…) Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ».

Motifs légitimes permettant la communication aux ayants droit

L'accès aux informations médicales individuelles est un droit personnel du patient, qu'il est seul en droit d'exercer de son vivant, sauf s'il est mineur ou majeur protégé.

Après le décès, cet accès aux informations du patient devient possible aux ayants droit, sous réserve de respecter le secret médical et notamment l'éventuelle opposition exprimée par le défunt de son vivant[2].

Outre le respect des volontés du défunt exprimées de son vivant, l'article L. 1110-4 établit donc **trois motifs** justifiant l'accès des ayants droit aux informations :

- leur permettre de connaître les causes de la mort[3],
- leur permettre de défendre la mémoire du défunt[4],
- leur permettre de faire valoir leurs droits[5].

Si le patient de son vivant n'est pas tenu de motiver sa demande, l'**ayant droit, lui, doit préciser lors de sa requête le motif** pour lequel il souhaite avoir connaissance de ces informations. La motivation déterminera l'étendue de l'information qui sera transmise[6]. L'intéressé pourra apporter ces précisions par tous moyens appropriés (déclaration, attestation,…)[7]. Les documents qui seront remis seront ceux – et eux seuls – qui correspondent au motif invoqué[8].

Ainsi, par exemple, s'il motive sa demande par le seul souhait de connaître les causes de la mort, l'ayant droit ne pourra obtenir des documents relatifs à une prise en charge antérieure dans l'établissement dépourvue de tout lien avec le décès.

Au cas où l'ayant droit d'un patient décédé formule sa demande sur un papier libre sans indiquer quel objectif il poursuit, on reviendra vers lui pour qu'il motive sa demande[9]. L'établissement de santé l'informera par écrit qu'en l'absence de précision de sa part, les informations médicales contenues dans le dossier du patient décédé ne peuvent lui être communiquées.

En revanche, dès lors que les conditions seront remplies, l'établissement ne pourra s'opposer à la demande des ayants droit, qui auront accès de plein droit[10]. Chacun des ayants droit bénéficiera d'un droit d'accès qui lui est propre. Et l'ayant droit devra recevoir communication de l'ensemble des pièces répondant au motif invoqué (à l'exception bien entendu des documents non communicables par nature : informations relatives à des tiers, etc.)[11].

Nature des informations communicables

Pour que puissent être communiquées les informations nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi par les ayants droit, un tri du dossier est souvent nécessaire[12].

Il revient au médecin communiquant le dossier[13] d'apprécier quelles sont les pièces utiles pour répondre à la demande de l'ayant droit et qui correspondent aux motifs qu'il invoque[14].

Un refus d'accès aux informations opposé à un ayant droit doit être motivé.

En tout état de cause, il ne fait pas obstacle à la délivrance d'un certificat médical (art. R. 1111-7, C. santé publ.), dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical.

De manière exceptionnelle, dans un contexte de réclamation ou de pré-contentieux, la remise de l'ensemble des pièces du dossier peut être admise, dans un souci de transparence.

Cette communication sera décidée en concertation avec l'équipe médicale, sans pouvoir, pas s'étendre aux données relatives à des tiers ou recueillies auprès de tiers n'étant pas intervenus dans la prise en charge.

Elle trouvera sa justification dans la nécessité de maintenir ou de restaurer le dialogue avec la famille du défunt, soupçonneuse à l'égard d'une communication partielle des pièces du dossier.

Notion d'ayant droit

▮ L'ayant droit est celui qui est titulaire d'un droit. La simplicité de cette définition ne doit pas masquer la diversité de cette notion dans les différents domaines du droit : droit civil, droit de la sécurité sociale, droit de la santé…

- Pour le Code civil, les ayants droit s'entendent des héritiers appelés à succéder. L'article 734 de ce code dispose en effet que :

> « en l'absence de conjoint successible, les parents sont appelés à succéder ainsi qu'il suit :
> 1° les enfants et leurs descendants ;
> 2° les père et mère ; les frères et sœurs et les descendants de ces derniers ;
> 3° les ascendants autres que les père et mère ;
> 4° les collatéraux autres que les frères et sœurs et les descendants de ces derniers.
> Chacune de ces quatre catégories constitue un ordre d'héritiers qui exclut les suivants ».

Dans le Code de la sécurité sociale, l'ayant droit est défini aux articles L. 161-14 et L. 313-3 et cette notion s'applique aux bénéficiaires des prestations en nature des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Dans le Code de la santé publique, la notion d'ayant droit renvoie, parfois confusément, à ces deux notions. Parfois, la notion a une acception large : c'est le cas lorsqu'elle s'applique aux bénéficiaires du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

▮ La CADA considère que « les personnes bénéficiant de la qualité d'ayants droit du défunt (…) sont les mêmes que celle qui présentent la qualité d'héritier ayant, par application des règles générales du Code civil en matière de successions et de libéralités, une vocation universelle ou à titre universel à la succession du patient décédé »[15]. Ce sont donc les critères du Code civil et la **qualité d'héritier** (successeur légal)[16] qui doivent être pris en compte en cas de demande de communication d'informations médicales relatives à un patient décédé.
Cette définition de la notion d'ayant droit a été confirmée par l'arrêté du 3 janvier 2007[17].

▮ Sont donc écartés du droit à communication, car devant être regardés comme des tiers [18] :

- les membres de la « famille proche » (frère, sœur, petits-enfants, oncle, tante, neveu ou nièce par exemple), sauf dans le cas où ils peuvent prétendre à la qualité d'ayant droit du fait qu'aucun autre de la famille ne les précède dans l'ordre des héritiers,
- le concubin ou le partenaire d'un PACS [19],
- le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-décès (v. p. 123), s'il est dépourvu de la qualité d'héritier,
- le notaire chargé de la succession du défunt [20].

Mais toute personne pourra cependant accéder en qualité d'ayant droit aux informations médicales du défunt si elle lui succède par l'effet d'une libéralité, c'est-à-dire du fait d'une disposition testamentaire[21].

Ordre des ayants droit

▮ La CADA considère que, s'agissant des ayants droit susceptibles d'accéder sur leur demande au dossier médical d'une personne décédée, il convient de respecter l'ordre des parents héritiers, chacune des quatre catégories de parents constituant « un ordre d'héritiers qui exclut les suivants ».

Les quatre catégories, « en l'absence de conjoint successible »[22] sont donc:
- 1° les enfants et leurs descendants,
- 2° les père et mère, les frères et sœurs et les descendants de ces derniers,
- 3° les ascendants autres que les père et mère,
- 4° les collatéraux autres que les frères et sœurs et les descendants de ces derniers.

▮ La CADA a indiqué qu'« il s'agit, dès lors, en premier lieu, des successeurs légaux du défunt (…) » et considère que « le conjoint survivant non divorcé a, au même titre que les enfants du défunt ou leurs descendants, ou, en l'absence de descendance du défunt, que les père et mère de ce dernier, la qualité d'ayant droit (…). La présence du conjoint successible prive en revanche de cette qualité les parents du défunt autres que ses enfants ou leurs descendants et que ses père et mère, en l'absence de dispositions testamentaires qui les aient institués héritiers » [23].

▮ Ainsi par exemple, le dossier ne peut être communiqué à la mère de la personne majeure décédée que si elle peut prouver l'absence de conjoint successible du défunt, d'enfants de ce dernier ou de leurs descendants, ou qu'elle justifie de sa qualité de successeur testamentaire[24].
Autre exemple : peut accéder au dossier médical de sa soeur le frère du celle-ci dont il est l'héritier[25].
Les liens de parenté doivent être actuels[26].

La communication des copies des documents à l'un des ayants droit n'a pas d'effet sur le droit des autres ayants droit, dès lors qu'ils sont placés sur un même rang de succession.

Preuve de la qualité d'ayant droit

Le demandeur doit rapporter la preuve qu'il est successeur testamentaire du défunt ou qu'il n'existe pas de successeurs légaux le précédant dans l'ordre des héritiers déterminé par le Code civil[27].
Il devra au préalable, si le décès est survenu en dehors de l'établissement (qui n'en aura donc *a priori* pas eu connaissance), en prouver la réalité par la production par exemple d'un acte de décès.

La qualité d'ayant droit peut être établie par tout moyen [28] et notamment par la production du livret de famille[29] (pour le conjoint successible et les enfants), d'un acte de

notoriété ou d'un certificat d'hérédité[30]. L'ayant droit devra également justifier de son identité par la production d'une pièce d'identité, d'un passeport, etc. (en original ou en copie, mais en cours de validité).

L'acte de notoriété

Il est dressé par un notaire. Il s'agit d'un acte payant.

L'article 730-1 du Code civil[31] dispose ainsi que :
« La preuve de la qualité d'héritier peut résulter d'un acte de notoriété dressé par un notaire, à la demande d'un ou plusieurs ayants droit. L'acte de notoriété doit viser l'acte de décès de la personne dont la succession est ouverte et faire mention des pièces justificatives qui ont pu être produites, tels les actes de l'état civil et, éventuellement, les documents qui concernent l'existence de libéralités à cause de mort pouvant avoir une incidence sur la dévolution successorale.

Il contient l'affirmation, signée du ou des ayants droit auteurs de la demande, qu'ils ont vocation, seuls ou avec d'autres qu'ils désignent, à recueillir tout ou partie de la succession du défunt.

Toute personne dont les dires paraîtraient utiles peut être appelée à l'acte. Il est fait mention de l'acte de notoriété en marge de l'acte de décès».

Le certificat d'hérédité

Il est dressé par un maire. Il s'agit d'un acte gratuit.
La demande de ce certificat peut être effectuée par les héritiers ou par toute personne désirant prouver sa qualité d'héritier[32].
Le demandeur doit s'adresser à la mairie :
- de son domicile
- ou du dernier domicile du défunt,
- ou du lieu de décès du défunt.

Des pièces justificatives seront demandées par la mairie, notamment la pièce d'identité du demandeur et toute pièce permettant de justifier la qualité d'héritier (ainsi la copie intégrale de l'acte de naissance du défunt sur laquelle figure la mention de décès et le livret de famille du défunt).

Aucune obligation légale n'impose toutefois au maire la délivrance d'un tel certificat. Il s'agit d'une simple pratique administrative.
En cas de refus du maire (notamment en cas de doute, d'insuffisance des éléments présentés) ou en cas de succession complexe (testament, contrat de mariage, défunt de nationalité étrangère, etc.), l'ayant droit devra s'adresser à un notaire qui établira un acte de notoriété.

Communication aux ayants droit des informations portant sur les caractéristiques génétiques

La CADA a précisé que le droit d'accès au dossier médical d'un patient décédé «est fonction du contenu de ces informations médicales, en ce sens que des informations médicales ne sont communicables à un ayant droit que dans la mesure où elles sont nécessaires pour atteindre le ou les objectifs qu'il poursuit.

Ainsi, selon l'objectif poursuivi par le demandeur et lorsque cet objectif sera de connaître les causes de la mort, le rôle qu'une maladie ayant une origine ou une traduction génétique aura joué sur le décès du patient, ce droit pourra ou non porter sur des informations relatives à cette maladie et aux caractéristiques génétiques du patient décédé »[33].

En somme, la communication pourra être effectuée, sans particularités, sur le fondement de la recherche des causes de la mort[34].

Conflits entre plusieurs ayants droit

La qualité d'ayant droit est à elle seule suffisante et « aucune disposition législative ou réglementaire n'autorise l'administration à refuser la communication d'un dossier en excipant des risques de conflit entre ayants droit »[35].

Si la qualité d'ayant droit est prouvée pour chacun des demandeurs, l'hôpital est tenu de répondre à chaque demande d'accès[36].

Personne mandatée par un ayant droit

L'ayant droit d'une personne décédée peut mandater une personne afin d'obtenir communication d'informations médicales[37] (cf. page 63-64).

Accès au dossier médical du mineur décédé

La CADA a considéré que les dispositions du Code de la santé publique qui restreignent l'accès des ayants droit aux pièces du dossier médical du patient décédé aux seules informations qui leur sont nécessaires pour défendre la mémoire du défunt, connaître les causes de la mort ou faire valoir des droits, ne sont pas applicables aux demandes de communication du dossier médical d'un enfant mineur décédé formulé par les titulaires de l'autorité parentale[38].

Elle a précisé que le législateur n'a pas entendu priver ces derniers du droit d'accès au dossier médical de leur enfant post mortem, alors qu'il n'est pas limité de leur vivant sauf exception[39].

Communication d'informations médicales à un ayant droit mineur

Si l'ayant droit du patient décédé est mineur, il ne peut avoir accès aux informations médicales contenues dans le dossier du défunt que par l'intermédiaire de son représentant légal (en principe le ou les titulaires de l'autorité parentale). Il ne sera donné suite à la demande que si le patient ne s'est pas opposé, de son vivant, à l'accès aux

informations médicales contenues dans son dossier.

Le représentant légal doit dans cette situation :

- demander l'accès au dossier médical du patient décédé au nom de l'ayant droit mineur ;
- attester que cette demande est destinée à permettre à l'ayant droit mineur de «connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits» ;
- produire tout document attestant de sa qualité de représentant légal du mineur.

La communication ne pourra porter que sur les seules informations répondant à l'objectif poursuivi par l'intéressé.

Il arrive parfois que, de son vivant, le patient ait explicitement interdit toute communication des informations médicales le concernant à son conjoint ou ex-conjoint qui se trouve par ailleurs être le représentant légal de leurs enfants. Dans ce cas particulier, la CADA indique qu'il ne doit être fait droit à la demande du représentant légal de l'ayant droit mineur[40]. Afin que le mineur puisse néanmoins accéder aux informations, elle a précisé qu'il «serait possible au juge des tutelles de désigner un tiers mandaté pour représenter» l'ayant droit mineur afin qu'il accède au dossier médical du patient décédé.

Enfin, le représentant légal de l'ayant droit mineur peut mandater un avocat selon les conditions de droit commun. Il sera fait droit à la demande du dossier par l'avocat dès que ce dernier aura fourni tous les documents nécessaires (preuve de la qualité de titulaire de l'autorité parentale par une copie du livret de famille par exemple, preuve de son identité).

Refus de communication

▮ L'établissement peut refuser l'accès au dossier à l'ayant droit, pour les différentes raisons qui viennent d'être évoquées.

L'administration hospitalière doit dans ce cas motiver sa décision : « Le refus d'une demande opposé à cet ayant droit est motivé » (art. R. 1111-7, C. santé publ.).

▮ « Ce refus ne fait pas obstacle, le cas échéant, à la délivrance d'un certificat médical, dès lors que ce certificat ne comporte pas d'informations couvertes par le secret médical ».

Ceci signifie, par exemple, qu'un certificat de décès de cause naturelle peut être délivré à la famille quelles que soient les circonstances, si le décès n'est pas suspect[41].

▮ L'accès des ayants droit au dossier médical ne peut leur être refusé au seul motif que le testament du malade, établi à l'époque de l'hospitalisation, est contesté en justice[42].

Notes du chapitre 11

1- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 61

2- La loi permet en effet la communication, entre autres conditions, « sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès » (art. L. 1110-4 , C. santé publ.). Il est important que cette volonté soit mentionnée au dossier, en précisant la date et la personne qui en a recueilli l'expression. Sur ce point, TA de Strasbourg, 17 mars 2010, n° 0804861. Ou encore CADA, Directeur du Groupe hospitalier de l'Institut catholique de Lille, avis n° 20083539 du 11 septembre 2009 : non communicabilité du dossier, le patient décédé s'étant expressément opposé de son vivant à ce que sa famille soit informée de son hospitalisation.

3- Ce motif permettra ainsi l'accès à un rapport d'autopsie « dès lors que l'ensemble des informations figurant dans un rapport d'autopsie destiné à obtenir un diagnostic sur les causes du décès doit être regardé comme se rapportant à l'objectif de la connaissance des causes de la mort » (CADA, Directrice du Centre hospitalier de Béziers, conseil du 22 novembre 2012, n° 20123718).

4- Par exemple : pour un patient décédé dont on prétend qu'il était soigné pour telle ou telle pathologie.

5- Ainsi, afin de démontrer que le patient décédé était dépendant et pouvoir bénéficier d'une majoration de sa pension de retraite pour avoir fait fonction de tierce personne auprès d'une personne dépendante (CADA, avis n° 20092083 du 24 septembre 2009). A contrario, « le souhait d'une personne de confirmer sa filiation n'est pas au nombre des objectifs pouvant légalement justifier la communication de pièces du dossier médical d'une personne décédée » (CADA, Directeur du Centre hospitalier de Fontainebleau, conseil n° 20084204 du 13 novembre 2008).

6- Art. R. 1111-7, C. santé publ.

7- CADA, Directeur général de l'AP-HP, avis n° 20110178ND du 10 janvier 2011

8- Le 24 janvier 2008, la CADA rendait ainsi un avis défavorable à la transmission d'informations médicales demandée par un ayant droit au motif que ce dernier n'avait pas motivé sa demande : «la commission relève que Mme L. n'invoque ni la circonstance qu'elle souhaite connaître les causes de la mort de sa mère, ni qu'elle souhaite défendre la mémoire du défunt ou faire valoir ses droits. En l'état, la commission ne peut qu'émettre un avis défavorable. Il appartient à Mme L., si elle s'y croit fondée, de saisir le directeur de l'hôpital Saint-Julien d'une demande justifiée par un des motifs précités prévus par l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique» (avis n° 20080509, Directeur de l'Hôpital Saint-Julien de Nancy). V. aussi art. 2 de l'arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 préc.

9- « Si l'objectif relatif aux causes de la mort n'appelle, en général, pas de précisions supplémentaires de la part du demandeur, il en va différemment des deux autres objectifs. Invoqués tels quels, ils ne sauraient ouvrir droit à communication d'un document médical. Le demandeur doit ainsi préciser les circonstances qui le conduisent à défendre la mémoire du défunt ou la nature des droits qu'il souhaite faire valoir, afin de permettre à l'équipe médicale d'identifier le ou les documents nécessaires à la poursuite de l'objectif correspondant » (CADA, Centre hospitalier de Cornouaille, conseil n° 20122968 du 13 septembre 2012).

10- CADA, Directeur du Centre hospitalier Bretagne Atlantique, avis n° 2002-2246 du 27 juin 2002. Ceci sans que l'établissement n'ait à mener d'investigations sur la réalité du motif invoqué. Il n'appartient en effet pas aux médecins chargés de l'examen du dossier d'apprécier l'opportunité de la communication de tout ou partie du dossier, mais seulement l'adéquation des pièces communiquées aux motifs légaux de communication invoqués par le demandeur. L'établissement peut ainsi être conduit, selon les cas, à transmettre l'ensemble du dossier ou bien à se limiter à la communication des pièces répondant strictement à l'objectif poursuivi. L'équipe médicale n'est, en outre, nullement liée par une éventuelle liste de pièces réclamées par le demandeur. Si un ayant droit utilise des éléments du dossier médical du patient décédé à d'autres fins que celles qui ont été invoquées lors de la demande de communication, l'établissement peut lui faire un rappel à la loi quant au motif initial de sa demande. Mais un usage des documents non conforme à la demande initiale n'est pas forcément contestable : l'ayant droit ayant demandé l'accès au dossier médical d'un patient décédé afin, par exemple, de connaître les causes du décès, pourra légitimement utiliser ces éléments lors d'une procédure indemnitaire (CADA, Centre hospitalier de Cornouaille, conseil n° 20122968 du 13 septembre 2012).

11- La CADA, constatant que les documents remis consistent uniquement en une attestation de réponse et à un compte rendu d'hospitalisation sommaire comportant la mention « décès post-opératoire », estime que cette communication ne répond pas à l'évidence aux exigences légales de communication. Elle considère que doit être communiqué l'ensemble des pièces permettant au demandeur, ayant droit du défunt, de connaître les causes précises et exactes du décès (CADA, Directeur du Centre hospitalier intercommunal de Montfermeil avis n° 20101346 du 8 avril 2010).

12- CE, 26 septembre 2005, Conseil national de l'Ordre des médecins, n° 270234

13- Ou à d'autres médecins compétents pour apprécier (CADA, Centre hospitalier de Cornouaille, conseil n° 20122968 du 13 septembre 2012).

14- CADA, Directeur de l'Hôpital Max-Fourestier, avis n° 20064554 du 26 octobre 2006. La CADA estime, en règle générale, que les radiographies, les analyses et le dossier infirmier contenus dans le dossier médical du défunt sont, au même titre que le compte rendu d'hospitalisation, de nature à permettre aux ayants droit de connaître les causes de la mort (avis n° 20120945 du 8 mars 2012, Directeur du Centre hospitalier Jacques Lacarin de Vichy).

15- Par exemple : CADA, Secrétaire générale de l'AP-HP, conseil n° 20121675 du 5 avril 2012

16- Mais la renonciation à la succession est sans influence sur le droit de l'héritier à obtenir communication des informations médicales concernant le défunt, dès lors qu'il remplit les autres conditions fixées par la loi (CADA, Directeur de l'hôpital Saint-Julien de Nancy, avis n° 20080509 du 24 janvier 2008).

17- Art. 1er de l'arrêté du 3 janvier 2007 portant modification de l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques.

18- CADA, avis du 22 février 2007 n° 20065402, Directeur du Centre hospitalier de Sarrebourg et 20065578, Directeur du Centre hospitalier de La Rochelle.

19- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Longjumeau, avis n° 20024128 du 17 octobre 2002

20- CADA, Secrétaire générale de l'AP-HP, conseil n° 20121675 du 5 avril 2012. Si ces personnes ne sont pas héritiers légaux ou testamentaires, universels ou à titre universel du patient décédé, elles ne présentent pas la qualité d'ayant droit et ne sont donc pas au nombre des personnes en faveur desquelles le législateur a levé le secret médical.

21- CADA, CHU de Rennes, conseil n° 20041635 du 15 avril 2004 ; Directeur du Centre hospitalier de Sarrebourg, conseil n° 20065578 du 22 février 2007.

22- Le conjoint successible est donc ici placé au même rang que les enfants ou à défaut que les héritiers de premier rang

23- voir note 15 supra

24- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Sambre Avesnois, avis n° 20084024 du 23 octobre 2008.

25- CADA Conseil n° 20024801 du 5 décembre 2002, CH de Troyes.

26- CADA, Président du Conseil général du Finistère, conseil du 26 janvier 2012, n° 20120223 : non communicabilité de pièces médicales couvertes par le secret de la vie privée à une sœur jumelle biologique, qui a appris l'existence de sa sœur en consultant son propre dossier, mais avait rompu du fait de son adoption plénière tous ses liens juridiques de filiation avec sa famille d'origine.

27- Art. 731 et s., C. civil.

28- CADA Directeur du Centre hospitalier de Rambouillet, conseil n° 20103164 du 9 septembre 2010, Mais un acte du notaire n'attestant que d'un lien de parenté n'est pas suffisant.

29- Il permettra en effet d'établir le statut de conjoint ainsi que la filiation et donc le rang privilégié des fils et filles pour accéder aux documents.

30- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Rambouillet, conseil n° 20103164 du 9 septembre 2010.

31- Modifié par l'article 9 de la loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007.

32- Dans les successions simples, le certificat d'hérédité permet d'établir la qualité d'héritier et d'obtenir le paiement de sommes ne pouvant être supérieures à 5 335,72 € (paiement des sommes versées par le défunt sur un livret de caisse d'épargne, sur un compte postal ou bancaire, le versement d'une pension de retraite,…).

33- CADA, Secrétaire générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, conseil n° 20072015 du 5 juillet 2007

34- Ceci concerne des informations déjà constituées. On rappellera en revanche que l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne requérant son consentement préalable et écrit (art. 16-10, C. civil), il ne saurait être procédé post mortem à cet examen à la suite de la remise à un ayant droit de matériel biologique pouvant être utilisé à cet effet (lames ou blocs d'anatomie pathologique notamment).

35- CADA, Directeur du Centre hospitalier de Sambre Avesnois, conseil n° 20020684 du 28 février 2002. Par exemple en cas de litige ou de procédure opposant les héritiers entre eux (ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 41). La présence d'un conjoint successible ne fait normalement pas obstacle à ce que les enfants, ou les héritiers de ceux-ci s'ils sont décédés, se voient reconnaître la qualité d'ayants droit du défunt au sens des dispositions de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique. Lorsque plusieurs personnes disposent effectivement de la qualité d'héritier, chacune d'elles peut exercer le droit d'accès que garantit cet article, dans les limites résultant de la jurisprudence du Conseil d'État. L'existence d'un conflit entre ayants droit ne peut être invoquée pour refuser la communication du dossier à l'un d'entre eux, dès lors qu'il remplit les conditions légales d'accès (CADA, Directeur du Centre hospitalier George-Sand – site de Bourges, conseil n° 20104663 du 2 décembre 2010).

36- CADA, Directeur du Centre hospitalier George-Sand – Site de Bourges, conseil n° 20104663 du 2 décembre 2010, : « Lorsque plusieurs personnes disposent effectivement de la qualité d'héritier et donc, d'ayant droit, (…) chacune d'entre elles peut exercer le droit d'accès (garanti par la loi) au dossier médical du défunt (…) ».

37- CADA, Secrétaire général de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, conseil n° 20081938 du 19 juin 2008

38- CADA, Directeur général de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, avis n° 20100382 du 28 janvier 2010. Ce point fait notamment l'objet d'une recommandation du Défenseur des droits dans son rapport annuel 2011 (Rapport, p. 86).

39- Il s'agit des exceptions prévues par les dispositions combinées des articles L. 1111-5 et L. 1111-7 du Code de la santé publique (v. p. 70-71).

40- CADA, Directeur de l'Hôpital Haut-Lévêque de Pessac, avis n° 20072173 du 7 juin 2007

41- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 41

42- CE 2 janvier 2003, AP-HP, Dr. adm. 2003, n° 54

12. Le dossier du détenu

La loi a confié à certains établissements de santé, expressément chargés de cette mission de service public, le soin de prendre en charge médicalement les prévenus et détenus[1].

Les organisations particulières qui s'appliquent en la matière ont été précisées au cours des dernières années, afin de promouvoir les droits des patients dans le contexte pénitentiaire.

« La prise en charge des personnes détenues est ainsi intégrée au système de santé de droit commun. Les soins aux personnes détenues relèvent du droit commun en matière de santé, y compris pour l'ensemble des procédures de gestion du dossier médical.

Le dossier médical de la personne détenue doit permettre son suivi tout au long de son incarcération, quels que soient la durée et les lieux successifs de celle-ci. Il est identique à celui constitué pour tout patient admis dans un établissement de santé (…).

Sa gestion, son transfert, son devenir et ses conditions d'accès sont régis par les règles de droit commun »[2]. Avec toutefois quelques spécificités.

Application du droit commun

- Lorsqu'un patient est en situation de détention et soigné par un établissement de santé dans une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA ou « unité sanitaire »), un dossier médical doit être constitué pour son suivi médical par cet établissement.

- L'article D. 375 du Code de procédure pénale prévoit que :
  - ce dossier médical est conservé sous la responsabilité de l'établissement de santé dont relève l'équipe hospitalière en charge du patient (le cas échéant dans le cadre du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire ou « SMPR »)[3],
  - il doit être établi et constitué en conformité avec les dispositions de droit commun du Code de la santé publique (art. R 1112-2, C. santé publ.),
  - seul le personnel soignant peut avoir accès au dossier médical,
  - en cas de transfèrement ou d'extraction vers un établissement hospitalier, les informations médicales contenues dans le dossier doivent être transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité.

Conditions spécifiques d'accès au dossier médical

Elles sont précisées dans le Guide méthodologique interministériel relatif à la « Prise en charge sanitaire des personnes sous mains de justice », mis à jour en 2012 (p. 80-85)[4].

- La personne détenue doit adresser sa demande d'informations relatives à sa santé au directeur de l'établissement de santé de rattachement.

S'il le souhaite, le patient peut consulter sur place son dossier médical. Dans ce cas, un rendez-vous devra lui être donné dans le respect des conditions de son incarcération.

Le patient peut également demander la communication de la copie de son dossier médical en cellule. Dans cette hypothèse, «... il s'expose à le voir contrôler par les personnels pénitentiaires lors de fouilles».

- Si la communication des informations médicales aux personnes détenues nécessite l'intervention d'une tierce personne à la demande du médecin ou du patient, celle-ci doit disposer des autorisations nécessaires lui permettant de communiquer avec la personne détenue.

Si la personne détenue fait le choix de se faire accompagner ou assister par un médecin, elle doit indiquer à l'établissement le nom et les coordonnées du médecin choisi. Après s'être assuré de la qualité de médecin de la personne ainsi désignée, l'établissement de santé peut, selon son choix ou celui du demandeur, lui adresser ou lui remettre les documents.

- La communication par ce médecin des informations à la personne détenue nécessite la délivrance par l'autorité compétente (magistrat saisi du dossier de l'information s'agissant des prévenus, chef d'établissement s'agissant des personnes condamnées) d'un permis de visite.

Le permis de visite doit préciser que le médecin est autorisé à apporter une copie des documents, la remise directe de ceux-ci à la personne concernée n'étant toutefois pas autorisée.

- Dans l'hypothèse où le médecin désigné souhaiterait communiquer ces informations par courrier à la personne détenue, il est rappelé qu'il n'est pas fait exception dans ce cas aux dispositions relatives aux contrôles des courriers[5].

- S'agissant d'un patient mineur, le titulaire de l'autorité parentale peut demander une communication des informations médicales par l'intermédiaire d'un médecin. Ce dernier est alors choisi par le titulaire de l'autorité parentale.

L'accès au dossier médical par le titulaire de l'autorité parentale peut s'opérer soit par consultation sur place dans un local administratif de l'établissement pénitentiaire (sous réserve de la délivrance d'une autorisation d'accès au titulaire de l'autorité parentale et au médecin par le chef d'établissement ou à l'établissement de santé de rattachement de l'unité sanitaire), soit par envoi d'une copie des documents concernés.

Communication à des médecins extérieurs

▪ La communication du dossier médical des personnes détenues à des praticiens extérieurs obéit aux mêmes règles que celles du droit commun.

Lorsqu'une hospitalisation ou des examens spécifiques sont nécessaires, le médecin de l'unité sanitaire est tenu de communiquer, avec l'accord du patient détenu ou celui des détenteurs de l'autorité parentale si le patient est mineur, les éléments du dossier médical indispensables à la continuité des soins.

De même, l'accès au dossier médical d'un patient détenu (ou hospitalisé sans son consentement) par les médecins du Comité de protection de la torture (CPT) ou par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ne peut être autorisé qu'avec le consentement de la personne concernée.

▪ Les médecins membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé (ARS) ayant la qualité de médecin et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie peuvent avoir accès à ces informations, dans le respect des règles de déontologie médicale, lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions (v. p. 127-128).

▪ Le dossier médical peut également être saisi, sur réquisition de l'autorité judiciaire, en l'absence de l'accord du patient. Dans ce cas, il est nécessaire que le directeur de l'établissement de santé (ou son représentant) soit présent ainsi qu'un médecin responsable de l'unité sanitaire et un représentant du conseil de l'Ordre des médecins.

En cas de transfert ou de sortie du patient

Le guide méthodologique ministériel évoque les trois situations suivantes :

- le transfert du patient vers un autre établissement pénitentiaire : dans ce cas, les informations médicales nécessaires à sa prise en charge (la copie du dossier médical) doivent être transmises au responsable médical de l'unité sanitaire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité (pli cacheté) ;
- l'extraction ou le transfèrement du patient vers un établissement de santé : dans ce cas, les informations médicales contenues dans le dossier doivent être transmises au médecin destinataire dans des conditions matérielles garantissant leur inviolabilité ;
- la libération du patient : dans ce cas, les éléments essentiels du dossier médical nécessaires à la continuité des soins doivent être adressés au professionnel de santé désigné par la personne libérée.

Notes du chapitre 12

1- Art. L. 6112-1-12°, C. santé publ.

2- Ministère de la Justice/Ministère des Affaires sociales et de la santé, Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes sous mains de justice, 3ème éd., 2012

3- Le Guide méthodologique précise qu' « Il est conservé dans les locaux de l'unité sanitaire de l'établissement pénitentiaire où est écroué le patient et dans des conditions garantissant le respect de la confidentialité. Le service médical doit bénéficier de locaux sécurisés, les dossiers n'étant accessibles qu'aux seuls soignants » (p. 80).

4- Id.

5- Article 40 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009

13. Quand le dossier est demandé par la police ou la justice

Il n'est pas rare, en matière pénale, que l'hôpital ou un médecin hospitalier soient sollicités par des fonctionnaires de police ou, plus exceptionnellement, directement par un juge qui demandent communication d'un dossier médical ou de tels ou tels documents qui le composent.

Les médecins hospitaliers doivent répondre avec précaution à ces demandes, car s'il ne saurait être question de contrecarrer l'action de la justice, ils sont garants également du respect de la confidentialité des informations personnelles concernant les patients.

La réquisition

- Les réquisitions de documents médicaux, effectuées par les officiers de police judiciaire, peuvent avoir lieu dans différentes situations prévues par le Code de procédure pénale : une enquête préliminaire (art. 77-1-1), une enquête de flagrance (article 60-1) ou une information judiciaire sous la conduite du juge d'instruction (art. 81)[1].

- Depuis la loi du 9 mars 2004[2], le procureur de la République ou l'officier de police judiciaire (uniquement sur autorisation du procureur en cas d'enquête préliminaire) peuvent, « par tout moyen, **requérir de toute personne**, de tout établissement (…) public ou de toute administration publique qui sont susceptibles de détenir des documents intéressant l'enquête, y compris ceux issus d'un système informatique ou d'un traitement de données nominatives, de lui remettre ces documents, notamment sous forme numérique, sans que puisse lui être opposée, **sans motif légitime**, l'obligation au secret professionnel. Lorsque les réquisitions concernent des personnes mentionnées aux articles 56-1 à 56-3 du Code de procédure pénale[3], la remise des documents ne peut intervenir qu'avec leur accord ».

La réquisition s'effectuera le cas échéant dans le cadre d'une enquête de recherche des causes de la mort[4] sur demande du procureur de la République auquel aura été signalé un obstacle médico-légal (art. 74, C. proc. pén.).

- Le texte précise qu'à l'exception des personnes soumises au secret professionnel et visées aux articles 56-1 à 56-3 du Code de procédure pénale[5], le fait de s'abstenir de répondre dans les meilleurs délais à cette réquisition est puni d'une amende de 3 750 euros.
Les médecins ne pourront donc être sanctionnés, à ce titre.

La notion de « motif légitime » est toutefois difficile à illustrer, n'ayant pas été précisée par la jurisprudence. A tout le moins, elle renvoie à une acception restrictive de la notion de secret.

- L'obligation de répondre aux réquisitions s'impose aussi bien aux médecins qu'aux établissements et administrations détentrices des informations. Par référence aux

dispositions selon lesquelles « dans les établissements publics de santé (…), les informations relatives à la santé d'une personne (...) sont communiquées par le médecin responsable de la structure concernée ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet » (art. R. 1112-1, C. santé publ.), la communication de documents demandés à la direction d'un établissement sous la forme d'une réquisition devra s'effectuer par l'intermédiaire d'un médecin.

- Les fonctionnaires de police procédant à la réquisition devront présenter à la direction de l'hôpital un document de réquisition en bonne et due forme adressé au responsable de la structure médicale, précisant notamment la nature exacte des documents demandés ainsi que la procédure visée au Code de procédure pénale dans le cadre de laquelle ils agissent.

- Le Code de procédure pénale prévoit que la remise des documents ne peut intervenir **qu'avec l'accord du médecin** (art. 60-1, 77-1-1 et 99-3, C. proc. pénale).

La réponse des médecins à une demande de communication de documents formulée dans ce contexte peut donc être :

- favorable. Dans cette circonstance, la remise par le médecin des documents demandés ne lui fait pas commettre l'infraction pénale de violation du secret professionnel ;
- défavorable. Dans cette circonstance, il revient au médecin de faire part expressément de son refus à l'officier de police judiciaire. Le refus fondé sur «un motif légitime» résultera de l'existence d'informations couvertes par le secret médical.

La perquisition

- En cas de refus de communication[6],ou encore notamment dans le cadre d'une procédure de flagrant délit ou d'information judiciaire, les magistrats ont toujours la faculté de perquisitionner et de saisir les documents requis : le dossier est alors appréhendé directement, sans « remise » de la part de l'hôpital.
L'article 56-3 du Code de procédure pénale dispose que les perquisitions dans le cabinet d'un médecin « sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'Ordre (...) auquel appartient l'intéressé ou de son représentant ».
La perquisition doit être effectuée personnellement par un magistrat et non par l'intermédiaire d'un officier de police judiciaire[7].

- La condition de présence d'un représentant de l'Ordre est essentielle[8]. Elle traduit l'obligation imposée au juge par l'article 56 du Code de procédure pénale de « prendre toutes mesures utiles pour que soit assuré le respect du secret professionnel ».
Le rôle du représentant de l'Ordre sera de vérifier que la perquisition et la saisie ne portent pas atteinte au secret professionnel pour les dossiers et informations qui ne sont pas concernés par la procédure. En revanche, il ne peut participer à la perquisition, ni prendre connaissance des pièces saisies[9].

- Les perquisitions ont lieu en présence du médecin ayant pris en charge le patient, à défaut avec son représentant, et encore à défaut, avec deux témoins choisis par l'officier de police judiciaire, non placés sous son autorité (art. 57, C. proc. pénale).

La saisie

▮ Dans les deux cas, réquisition ou perquisition, le dossier médical est pris par l'officier de police judiciaire (OPJ), ou par le magistrat sous la forme d'une saisie. Celle-ci se définit comme l'acte par lequel l'autorité judiciaire peut appréhender un bien ou un objet, puis le placer sous scellés afin de servir de pièce à conviction.

En pratique, la situation la plus fréquente consiste, dans le cadre d'une commission rogatoire délivrée par un juge d'instruction, en ce qu'un officier de police judiciaire (OPJ) se rend dans le service après avoir averti la direction de l'hôpital, puis s'y fait remettre les documents sans se livrer à aucune recherche, se contentant de constater la remise entre ses mains des documents en présence du représentant du Conseil de l'Ordre.

▮ Il est vivement recommandé que la saisie s'effectue en présence du chef de pôle ou de service, ou à tout le moins en présence d'un médecin responsable de l'unité.

▮ Bien que ce point donne lieu dans certains cas à des appréciations divergentes de la part des magistrats, le principe est que le dossier doit être placé sous « scellés fermés », dans une enveloppe close, afin que seul l'expert nommé à cet effet puisse prendre connaissance de son contenu[10].

▮ Une précaution utile, pour la continuité des soins comme pour la défense de l'établissement ou du praticien, est la conservation par l'établissement de santé d'une copie des documents saisis. En effet, les documents qui auront été remis à la police ou saisis par elle ou un magistrat seront en pratique difficiles à récupérer dans de brefs délais et à tout le moins, avant l'achèvement de la procédure judiciaire. Ces documents, une fois placés sous mains de justice, seront *a priori* délivrés à leurs frais aux intéressés qui en font la demande.

▮ Les magistrats s'opposent parfois à la réalisation de cette copie par l'établissement. L'intérêt du patient, la continuité des soins et la traçabilité des soins seront alors utilement invoqués. En cas de refus persistant du magistrat, le constat devra en être établi par écrit et conservé en lieu et place du dossier[11].

▮ En principe, un inventaire des pièces concernées doit être effectué (art. 56, C. proc. pén.).

En matière civile, la production forcée ordonnée par le juge

Dans le cadre d'une instance civile à laquelle l'hôpital n'est pas partie (par exemple dans une affaire relative à la contestation d'un testament), le juge peut ordonner la production d'un dossier médical s'il est essentiel au litige[12]. Par principe, l'ordonnance doit être signée et signifiée à l'hôpital, à moins que le juge n'en décide autrement[13].

Il est possible de s'opposer à cette communication, en établissant l'existence d'un « empêchement légitime », tenant notamment au secret professionnel[14]. La Cour de Cassation en a ainsi déjà décidé, en jugeant qu'un établissement de santé avait la faculté d'invoquer un empêchement légitime lorsqu'il lui était ordonné de communiquer

des informations couvertes par le secret, sans l'accord de l'intéressé ou de ses ayants droit[15].

Dans l'hypothèse où la communication du dossier médical ordonnée ne soulèverait pas de difficulté, il conviendra d'y procéder sans délai.

Le dossier devra être directement adressé aux parties expressément désignées dans l'ordonnance. En parallèle, l'hôpital informera leurs avocats de l'exécution de l'ordonnance et de la communication du dossier médical.

La production du dossier par le médecin dans le cadre de sa défense

Un médecin, mis en cause personnellement par un patient ou sa famille, peut porter à la connaissance du juge tous les éléments strictement utiles à sa défense.

Le principe à retenir est que la divulgation par le médecin d'informations relevant du dossier médical et revêtant un caractère secret doit être limitée à ce qui est strictement nécessaire à sa défense[16].

Le médecin ne peut notamment pas rendre publiques des données médicales relatives au patient pour se disculper des critiques médiatiques auxquelles il se trouverait exposé.

Notes du chapitre 13

1- Art. 81 : «Le juge d'instruction procède à tous les actes d'information nécessaires à la manifestation de la vérité ». Les documents seront dans ce cas demandés à l'hôpital sous la forme d'une commission rogatoire.

2- Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 (dite « loi Perben II ») : v. art. 60-1 (enquête de flagrance), 77-1-1 (enquête préliminaire) et 99-3 (enquête d'instruction) du Code de procédure pénale.

3- L'article 56-3 du Code de procédure pénale vise les médecins (outre les notaires et les huissiers) : «Les perquisitions dans le cabinet d'un médecin, d'un notaire ou d'un huissier sont effectuées par un magistrat et en présence de la personne responsable de l'ordre ou de l'organisation professionnelle à laquelle appartient l'intéressé ou de son représentant».

4- Cette recherche pourra faire suite à une demande d'autopsie exprimée par la famille.

5- Voir supra, note n°3

6- Ou d'une manière générale, si le magistrat ne parvient pas à obtenir les documents qu'il sollicite, du fait par exemple qu'ils sont dispersés dans l'établissement et communiqués avec trop peu de diligence.

7- Ces formalités prévues en cas de perquisition n'ont toutefois pas lieu d'être observées lorsque, agissant sur commission rogatoire, un officier de police judiciaire se transporte dans un service hospitalier, dont il a auparavant prévenu les responsables, et se borne à constater la remise entre ses mains des dossiers médicaux qu'il place aussitôt sous scellés, en présence des membres de la direction, du corps médical et de l'ordre des médecins et sans qu'il résulte du procès-verbal qu'il ait procédé à des investigations ou pénétré dans un lieu constituant un cabinet médical (Limoges, 29 mars 1994 : BICC 1er mai 1994, n° 519).

8- Il semble admis par le Conseil national de l'Ordre des médecins que dans pareille hypothèse, la perquisition est cependant régulière en l'absence d'un membre de l'Ordre, à condition que le conseil départemental de l'Ordre ait été prévenu dans un délai suffisant.

9- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 47.

10- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 47. Le Conseil national de l'Ordre indique qu' «il appartient à l'expert, après en avoir pris connaissance, de refermer les enveloppes et de reconstituer les scellés, en mentionnant son intervention, attestée par sa signature et la date» (CNOM, Commentaires du Code de déontologie médicale, 2001, p. 298). La pratique des «scellés ouverts» (simple enveloppe) résulte semble-t-il de la pratique des «pôles santé» (à Paris et à Marseille), qui disposent de médecins assistants spécialisés auxquels les magistrats (parquet ou instruction) souhaitent faire lire le dossier parallèlement, sans qu'ils soient experts et sans bris de scellés.

11- ANAES, Dossier du patient : Amélioration…, préc., p. 52.

12- Art. 138, C. proc. civ.

13- Art. 140, C. proc. civ.

14- Art. 11 alinéa 2, et 141, C. proc. civ. ; Cass. Civ. 1ère, 21 juillet 1987, n° 85-16436.

15- Voir not. Cass. Civ. 1ère, 7 décembre 2004, n° 02-12539 ; Cass. Civ. 1ère, 15 juin 2004, n° 01-02338.

16- Le médecin qui communique à son avocat des pièces qui ne sont pas nécessaires pour assurer sa défense commet une faute (CE, 23 avril 1997, Levy ; CE, 13 janvier 1999, Lardennois).

14. Quand le dossier est demandé par un médecin expert

L'expertise médicale est un acte par lequel un médecin, désigné par un magistrat ou une autorité, prête son concours technique afin de déterminer et d'apprécier l'état physique et mental d'une personne, puis d'en évaluer les conséquences qui ont des incidences civiles ou pénales[1].

Elle s'appuie en grande partie sur les données réunies dans le dossier médical.

Accès au dossier médical par le médecin expert mandaté par une juridiction

- La communication d'un dossier médical à un médecin expert désigné par un tribunal répond le plus souvent, dans une procédure juridictionnelle, à la volonté de dégager de ces documents des éléments utiles à l'appréciation d'un dommage et, d'une manière générale, d'éclairer une juridiction sur un fait de nature médicale[2].
Il peut être fait appel à un médecin expert dans le cadre des procédures des juridictions administratives ou civiles[3], par exemple lorsqu'elles sont saisies d'une action en réparation de dommage corporel, ou dans le cadre d'une procédure pénale[4].

- Il doit être fait une distinction selon qu'il s'agit d'un expert nommé dans le cadre d'une procédure pénale ou d'un expert désigné par une juridiction administrative ou civile. Sauf en matière pénale, la communication du dossier à un médecin expert ne peut se faire qu'avec l'accord du patient, de son représentant ou d'un ayant droit[5].
Cet accord sera requis en matière civile ou administrative alors même qu'il sera généralement implicite, l'expertise faisant suite à la requête indemnitaire du patient.

- L'expert judiciaire est tenu lui-même au secret professionnel : il ne peut communiquer directement aux parties les documents médicaux qui lui ont été transmis en cours d'expertise. La Cour de cassation a souligné que «toute pièce couverte par le secret médical ne peut être communiquée (par l'expert) qu'à la demande du patient intéressé »[6].

- Il doit par ailleurs respecter strictement le cadre de sa mission. « Dans la rédaction de son rapport, le médecin expert ne doit révéler que les éléments de nature à apporter la réponse aux questions posées. Hors de ces limites, il doit taire tout ce qu'il a pu connaître à l'occasion de cette expertise ». Il doit accomplir personnellement sa mission et en attester[7].
Dans tous les cas, il doit prendre toutes mesures utiles pour que les documents qui ont pu lui être confiés soient protégés contre toute indiscrétion[8].
De même, l'indépendance du médecin expert est fondamentale. « Il doit être libre de tout lien avec la personne examinée »[9] dont le dossier lui est transmis. Il doit se récuser quand ses intérêts sont en jeu.

- Le juge doit faire observer et observer lui-même le principe du contradictoire et ne peut retenir dans sa décision les documents médicaux invoqués ou produits par les parties que si celles-ci ont été à même d'en débattre contradictoirement[10].

Les parties doivent dans ce cadre remettre à l'expert tous les documents médicaux que celui-ci estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Il leur revient en effet d'administrer la preuve de ce qu'elles entendent démontrer.

La juridiction tirera le cas échéant toute conséquence de droit du défaut de communication des documents à l'expert.

- Ce principe du contradictoire s'applique aux opérations d'expertise devant la juridiction administrative. L'expert est tenu d'y veiller ; il doit informer les parties ou leur communiquer les documents sur lesquels il s'appuie[11]. L'absence de communication du dossier médical aux parties préalablement à la réunion d'expertise constitue une négligence de l'établissement de santé. Toutefois, il a été jugé que cette situation n'est pas constitutive d'une violation du principe du contradictoire dans la mesure où « les pièces ont été communiquées à l'expert (préalablement à l'expertise) et avaient pu être discutées par l'ensemble des parties lors de la réunion d'expertise »[12].

- La loi du 4 mars 2002[13] a introduit des dispositions comparables pour les expertises effectuées à l'initiative des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) : selon le cas, l'expert désigné ou le collège d'experts peut demander aux parties et aux tiers la communication de tout document sans que puisse lui être opposé le secret médical ou professionnel, les experts étant tenus eux-mêmes au secret professionnel.
En cas de carence des parties dans la transmission des documents demandés, la CCI peut autoriser l'expert ou le collège d'experts à déposer son rapport en l'état et la commission peut tirer toute conséquence du défaut de communication des documents.
Le caractère contradictoire des opérations d'expertise doit être assuré par l'expert ou le collège d'experts (art. L. 1142-12, C. santé publ.).

Lorsque le médecin expert est désigné par une juridiction administrative ou civile

- Lorsqu'une juridiction administrative ou civile, par nature non dotée de pouvoir coercitif, demande la communication du dossier médical, le praticien peut refuser, en invoquant le secret professionnel, de fournir le dossier à son confrère expert. Le secret ne peut être levé dans le cadre d'une telle expertise que si le malade est consentant et qu'il est de son intérêt légitime que le secret soit levé[14], ce qui est généralement le cas.
- La communication peut être effectuée à la demande du patient, exprimée par écrit. Sous peine d'engager sa responsabilité au plan indemnitaire vis-à-vis du malade qu'il priverait d'éléments de preuve essentiels, « l'hôpital doit communiquer à l'expert commis par le tribunal tous les documents médicaux relatifs aux examens, soins et interventions dont (le patient) a été l'objet (…) »[15].

- Les cas où il est de l'intérêt du patient de porter des éléments médicaux à la connaissance de l'expert doivent être distingués de ceux – *a priori* rares - où la mission du médecin expert ne s'exerce pas dans cet intérêt. Il pourra s'agir dans cette seconde hypothèse d'une contestation opposant un assuré social et la Sécurité sociale ou encore en matière de litiges consécutifs à un accident du travail ou une maladie professionnelle[16]. L'intéressé pourra s'opposer à la transmission des informations, mais le secret médical ne pourra être opposé : « une expertise médicale qui en ce qu'elle ressortit à un domaine technique échappant à la connaissance des juges, est susceptible

d'influencer leur appréciation des faits, constitue un élément de preuve essentiel qui doit pouvoir être débattu par les parties ; qu'il en résulte que le secret médical ne saurait être opposé à un médecin-expert appelé à éclairer le juge sur les conditions d'attribution d'une prestation sociale[17].

Ces règles s'appliquent notamment lorsque la demande émane des ayants droit d'un patient décédé, agissant en justice en qualité d'héritiers. Ceux-ci sont seuls compétents pour donner au praticien hospitalier le droit de confier des éléments médicaux relatifs au défunt à un expert désigné par une juridiction administrative ou civile.

Lorsqu'il y a refus de communication par le malade ou ses ayants droit, il n'appartient qu'à la juridiction saisie d'en tirer les conséquences[18]. Le médecin ne saurait passer outre.

Lorsque le médecin expert est désigné par une juridiction pénale

- Le respect du secret professionnel protège en principe les éléments du dossier médical de toute divulgation. Comme cela a été indiqué (v. p. 109 et s.), et pour la « manifestation de la vérité », il arrive cependant que ce principe doive céder devant les nécessités d'une procédure judiciaire pénale (enquête préliminaire, enquête de flagrance ou information judiciaire), soit à l'occasion d'une mise en cause de la responsabilité d'un médecin ou d'un de ses collaborateurs, soit à la suite de la commission d'une infraction, le cas échéant totalement étrangère à l'hôpital.

En droit pénal, la procédure est inquisitoriale et l'intervention de l'autorité judiciaire est fondée sur la notion d'atteinte à l'ordre public. C'est pour cette raison que **l'autorisation du patient à la communication de son dossier n'est pas nécessairement requise**.

- La saisie des documents s'effectuera dans les conditions indiquées ci-dessus (v. chapitre 13), sur la base d'une mission précisée par une ordonnance judiciaire. Mais le juge pourra également confier à un expert judiciaire le soin de se faire remettre par le médecin hospitalier tout document médical utile à sa mission (et donc tout ou partie du dossier médical). L'expert pourra encore solliciter les documents en s'adressant directement au patient, qui dispose d'un droit à communication des documents le concernant en vertu de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

- La communication des documents pourra prendre le cas échéant la forme d'une consultation sur place ou d'une transmission par courrier.

- Il est rappelé que notamment dans les cas visés par l'article 226-14 du Code pénal (sévices ou privations constatés sur un mineur ou une personne hors d'état de se protéger en raison de son âge et de son état physique ; violences sexuelles), par dérogation aux règles générales du secret médical, le médecin a toute latitude pour répondre aux demandes de l'expert et lui remettre les documents qu'il détient.

La communication du dossier médical aux médecins conseils de l'AP-HP

▪ Au sein de l'AP-HP, la Direction des affaires juridiques (DAJ) gère directement les demandes indemnitaires formulées par les patients ou leurs ayants droit auprès de l'établissement en matière d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales.
L'AP-HP est en effet son « propre assureur », en vertu d'une dérogation légale qui lui a été accordée en application de la loi du 30 décembre 2002[19].
La Direction des affaires juridiques s'appuie, pour établir la responsabilité de l'AP-HP et donner suite le cas échéant à ces demandes, sur les conclusions de l'analyse effectuée pour chaque dossier par son « médecin conseil ». Il s'agit d'un médecin de l'AP-HP choisi en fonction de son expérience et ses compétences, notamment au plan médico-légal dans une ou plusieurs spécialités données, qu'elle mandate à cet effet.
L'analyse de la réclamation indemnitaire s'effectue principalement à partir des informations retracées dans le dossier médical du patient.

▪ Se posent alors deux questions au regard du secret médical : la possibilité pour le médecin conseil d'accéder à ces données médicales et la nature des données pouvant être communiquées à la Direction des affaires juridiques.
Le Conseil national de l'Ordre des médecins a rappelé que le secret médical a pour objet de protéger les intérêts légitimes des malades, et non de les empêcher de bénéficier des avantages qu'ils demandent dans le cadre d'une assurance[20].

▪ Si la jurisprudence est peu abondante en matière de secret médical lorsqu'est mise en jeu une assurance en cas d'accident, la Cour de cassation a été amenée à plusieurs reprises à se prononcer sur la notion de secret médical dans le cadre d'un litige relatif à la souscription d'une assurance : elle considère ainsi que l'assureur ne peut produire un document couvert par le secret médical qu'à la condition que l'assuré ait renoncé au secret médical[21].
Bien que la demande indemnitaire nécessite manifestement la consultation des données médicales conservées par l'établissement, et donc le dossier médical, une simple information mentionnée dans le courrier d'accusé réception de la demande, selon laquelle la réclamation sera examinée par un médecin conseil, ne saurait être suffisante : elle tiendrait en effet prématurément pour acquis l'accord du patient ou de l'ayant droit à l'accès d'un tiers, certes médecin, aux informations médicales.
En conséquence avant toute communication du dossier médical au médecin conseil, une précaution nécessaire est de **s'assurer par écrit auprès du patient qu'il consent à cette communication**. Cette dernière doit par ailleurs se limiter strictement aux informations nécessaires pour l'accomplissement de sa mission.

▪ S'agissant des informations transmises par la suite à la Direction des affaires juridiques par le médecin conseil dans son rapport, seules les données nécessaires à l'indemnisation doivent être communiquées. Le médecin conseil est garant en la matière du respect du secret médical.
De manière générale, on rappellera les dispositions de l'article L. 127-7 du Code des assurances, stipulant que les personnes ayant eu à connaître des informations données par l'assuré pour les besoins de sa cause sont tenues au secret professionnel.

Dans le même sens, la CADA a considéré[22] que « les informations couvertes par le secret médical d'un patient ne sont pas communicables à la compagnie d'assurance de l'hôpital, hormis le cas où le patient aurait donné son accord exprès pour lever ce secret. En revanche, eu égard, d'une part, au secret professionnel auquel l'avocat est astreint et, d'autre part, à la nécessité pour les établissements de santé de recourir à un conseil juridique dans le cadre des litiges qui les opposent aux patients, un établissement de santé peut transmettre à son avocat les seules informations à caractère médical qui sont strictement nécessaires à la défense des droits de l'établissement, en particulier dans le cadre des actions en responsabilité engagées par les patients, et des informations à la communication desquelles ces derniers ont donné leur accord exprès »[23].

Sur les documents présentant un caractère juridictionnel

On se reportera aux indications mentionnées à la page 34.

Notes du chapitre 14

1- ANAES,… Dossier du patient : Amélioration...., préc. p.46

2- On notera que l'accès au dossier médical personnel ou « DMP » peut ainsi « intervenir dans le cadre d'une expertise médicale diligentée aux fins d'administration de la preuve » ; art. L. 161-36-3, CSS.

3- Art. R. 621-1 à R. 621-6, C. juridictions administratives ; art. 244, C proc. civile

4- Art. 156, C. proc. pénale.

5- La Cour de cassation a précisé que «le juge civil ne peut, en l'absence de disposition législative spécifique l'y autorisant, ordonner une expertise judiciaire en impartissant à l'expert une mission qui porte atteinte au secret médical sans subordonner l'exécution de cette mission à l'autorisation préalable du patient concerné, sauf à tirer toutes conséquences du refus illégitime». En l'espèce, une Cour d'appel avait ordonné une expertise judiciaire consistant à entendre tous médecins ayant connu du cas d'une personne sans l'autorisation de cette dernière ; Cass. 1ère civ., 11 juin 2009, n° 08-12.742.

6- Cass civ. 1ère, 25 novembre 2010, reg.n° 09-69721

7- Art. 108, C. déont. méd. ; art. R. 4127-108, C. santé publ.

8- CNOM, Commentaires du Code de déontologie médicale, 2001, p. 298

9- Notamment, « Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services » (art. R. 4127-105, C. santé publ.).

10- Ceci, en matière pénale, conformément aux dispositions du Code de procédure pénale (art. 16 et 275)

11- CE, 10 novembre 1989, Ville de Colmar, Rec. p. 352

12- TA Versailles, 29 décembre 2006, M. Delfosse, req. n° 0503925

13- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

14- CNOM, Commentaires du Code de déontologie médicale, 2001, p. 298

15- TGI Paris, 26 avril 1972 : cité par C. Esper, in Le secret professionnel à l'hôpital, p. 61, 1989

16- Circ. min. n° 1796, 20 avril 1973 relative au secret professionnel dans les établissements d'hospitalisation publics.

17- Cass. civ. 2ème, 22 novembre 2007 ; CNOM, Commentaires du Code de déontologie médicale, 2001, p. 298

18 - Le juge des référés ne peut obtenir communication du dossier par la contrainte. En revanche, le juge du fond tirera toutes les conséquences de ce refus (Cass, 1ère civ., 7 décembre 2004).

19- Art. L. 1142-2, C. santé publ. ; arrêté du 3 janvier 2003 relatif à l'exonération de certains établissements publics de santé de l'obligation d'assurance.

20- CNOM, « Secret médical et assurances », 1998

21- Cass, 2è Ch civ., 2 juin 2005

22- Cet avis s'appliquera aux établissements de santé qui sont couverts par une police d'assurances et non à un établissement tel que l'AP-HP qui est son propre assureur.

23- CADA, Directeur des hôpitaux de Saint-Maurice, conseil n°20091710 du 14 mai 2009. Le médecin qui communique à son avocat des pièces qui ne sont pas nécessaires pour assurer sa défense commet une faute (CE, 23 avril 1997, Levy ; CE, 13 janvier 1999, Lardennois).

15. Quand le dossier est demandé par un assureur

Les médecins sont fréquemment sollicités par les praticiens conseils d'organismes d'assurance, le cas échéant mutualistes, qui leur demandent des informations concernant un patient hospitalisé.

Les compagnies d'assurance ont généralement besoin d'informations médicales dans trois types de circonstances : la conclusion d'un contrat d'assurance-vie (elles souhaitent alors évaluer avec le plus de sûreté le risque à couvrir en fonction de l'état de santé du candidat souscripteur) ; lors du règlement, à la suite d'un accident ou d'un dommage corporel (elles souhaitent alors évaluer le préjudice découlant d'une invalidité ou d'un décès) ; lors du versement à des ayants droit d'un capital-décès (la demande porte alors sur la cause du décès).

Dans cette recherche d'informations, l'assureur et le patient ou ses ayants droit peuvent avoir des intérêts convergents : c'est le cas lorsqu'il s'agit de mettre au point un contrat équilibrant au mieux le tarif et les prestations. Ces intérêts peuvent en revanche se trouver antagonistes lorsqu'est en discussion le montant de l'indemnisation et, plus encore, lorsqu'il s'agit de l'application des clauses d'exclusion de certains risques.

La plus grande prudence s'impose à l'occasion de ces différentes demandes, souvent délicates.

Primauté du secret médical

- Face à la demande d'un assureur, les patients et leurs ayants droit doivent être protégés contre la divulgation d'informations qui sont couvertes par le secret médical et par l'obligation de confidentialité. Ils ne doivent cependant pas pour autant subir de préjudice d'une absence systématique d'information.

- Le Conseil national de l'Ordre des médecins a souligné que « le secret médical est fait pour protéger les intérêts légitimes des malades, non pour les empêcher de bénéficier des avantages qu'ils demandent, comme la souscription d'une assurance, ni pour les faire profiter d'avantages indus. L'appréciation de ces intérêts doit guider le médecin traitant comme le médecin d'assurances pour échanger, à la demande du patient et de ses ayants droit, les informations - pertinentes, adéquates et non excessives - afin de leur permettre de bénéficier des justes avantages du contrat d'assurance. Il s'agit de l'accès régulier de l'assuré à ce contrat, puis du versement légitime de prestations à lui-même ou à ses ayants droit, conformément aux dispositions contractuelles souscrites »[1].

Ces dispositions spécifiques s'appliquent aux médecins des organismes sociaux pour les soins devant être remboursés ou les maladies et accidents professionnels (v. p 127-129).

Du vivant du patient

▪ Sans l'accord de l'intéressé, tout à la fois patient et client de la compagnie d'assurances, le médecin-conseil de celle-ci ne peut en aucune façon obtenir ni communication du dossier médical, ni informations figurant dans celui-ci. L'article 226-3 du Code pénal et le Code de déontologie médicale[2] font **interdiction au médecin traitant comme au praticien hospitalier de communiquer un diagnostic ou quelque renseignement médical que ce soit à un assureur** ou à son médecin et de leur adresser directement un certificat ou un extrait de dossier portant sur l'état de santé d'un assuré. Ceci, même s'il est invité à y procéder sous le sceau du secret. Il a été ainsi jugé qu'en transmettant le dossier médical d'un patient au médecin expert de la compagnie d'assurances de celui-ci, sans qu'il ait donné accord à cette transmission, un centre hospitalier avait commis une faute de nature à engager sa responsabilité et occasionné plus particulièrement à ce patient un préjudice moral dont il était fondé à demander réparation[3].

▪ Avant la loi du 4 mars 2002, il était généralement préconisé la remise au malade, par le médecin hospitalier, d'un certificat (éventuellement accompagné de pièces médicales) dont il faisait l'usage lui convenant. Cette solution s'avérait le plus souvent, en pratique, la meilleure solution. Elle permettait en effet au médecin traitant, sollicité par le patient, d'éviter toute divulgation de son fait à un tiers, et au médecin de la compagnie d'assurances, le plus souvent, de procéder, avec l'accord de la victime, à une bonne évaluation du dommage corporel. Depuis la loi du 4 mars 2002, cette possibilité demeure[4], le certificat étant daté et assorti le cas échéant de la mention « remis en mains propres à l'intéressé » ou « adressé à l'intéressé par courrier du… ». Mais on considérera plutôt que le médecin doit remettre au patient tout ou partie de son dossier médical, au choix du patient et avec les explications appropriées, afin que ce dernier décide de ce qu'il pourra le cas échéant remettre à la compagnie d'assurances.

▪ Des difficultés peuvent survenir lors de la souscription de contrats d'assurance, les assureurs demandant fréquemment qu'un questionnaire médical soit rempli. Dans la mesure où sont demandées non seulement des informations relatives à l'état de santé à jour dit, mais également des informations portant sur les antécédents et les traitements en cours, le médecin traitant doit « récuser son concours. L'assureur ne peut exiger que ce soit lui qui remplisse le document médical de souscription »[5].
L'Ordre des médecins indique qu'il reviendra à un autre médecin choisi par le patient ou désigné par la compagnie de procéder à l'examen médical. La seule hypothèse dans laquelle le médecin traitant ou le spécialiste prenant en charge le patient pourrait répondre « à un questionnaire ciblé » serait lorsque ce dernier aurait déclaré un risque aggravé à son assureur[6].

▪ Considérant que l'objectif de prise en charge des frais médicaux et d'hospitalisation par une compagnie d'assurance « constitue […] un soutien direct au patient », la CADA a reconnu le « caractère communicable du certificat médical initial établi à l'arrivée d'un patient dans le coma par le médecin urgentiste à son épouse, afin de répondre

à une demande de son assurance »[7]. Ceci exceptionnellement, lorsque le patient est totalement inconscient et dans l'incapacité de manifester d'une manière quelconque sa volonté ou de faire appel à un mandataire.

Après le décès du patient

▮ La loi du 4 mars 2002 a expressément énoncé le droit des ayants droit à accéder aux informations médicales concernant la personne décédée, nonobstant le secret médical, dans la mesure notamment où elles leur sont nécessaires pour connaître les causes de la mort ou faire valoir leurs droits, « sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès » (art. L. 1110-4, C. santé publ.).
Ces dispositions prolongent la jurisprudence antérieure. Il avait ainsi été jugé en 1964 que «… l'on ne saurait, en écartant des débats, au motif qu'elles seraient incompatibles avec le secret professionnel, les constatations du médecin qui a donné ses soins à un malade décédé, risquer de priver du bénéfice d'une disposition légale, l'héritier qui les invoque pour faire valoir ses droits »[8]. De même, le médecin pouvait se fonder sur la formule retenue dans une affaire concernant un organisme mutualiste, qui refusait de verser des prestations aux héritiers du patient en indiquant que « c'est du malade seul ou en l'espèce de ses héritiers, que dépend le sort des secrets qu'il a confiés à un médecin ou que celui-ci a pu déduire de son examen et, par suite, le sort des documents médicaux concernant ledit malade » [9].

▮ Les ayants droit sont donc les seuls à pouvoir être destinataires d'informations médicales relatives au patient décédé ou d'un certificat destinés à être remis à une compagnie d'assurance[10].
Il ne suffit donc pas qu'une personne soit désignée comme bénéficiaire d'un contrat d'assurance-décès pour être fondée à obtenir communication du dossier médical du défunt. Il faut, en toute hypothèse, qu'elle apporte la preuve de sa qualité d'ayant droit (sur la procédure, v. p. 97-98). La CADA a estimé en ce sens que « la désignation des ayants droit dans les contrats souscrits par le défunt leur donne seulement une créance sur l'établissement avec lequel celui-ci a contracté, sans leur ouvrir aucun droit à sa succession. Ces personnes ne sont donc pas au nombre de celles en faveur desquelles le législateur a levé le secret médical ». Cette situation peu satisfaisante a donné lieu à des recommandations récentes du Défenseur des droits[11].

▮ Sur le point de savoir si l'information du médecin-conseil pouvait être effectuée directement par le médecin traitant, la Cour de cassation, dans un arrêt du 9 juin 1993, avait admis qu'un certificat se bornant à énoncer que de son vivant le défunt suivait un traitement médical, directement adressé par le médecin à l'assureur, pouvait être valablement produit par ce dernier sans qu'on puisse légitimement s'y opposer en invoquant le secret médical. Mais un arrêt ultérieur de la même juridiction du 6 janvier 1998 a modifié cette jurisprudence en interdisant toute remise directe de renseignements du médecin traitant au médecin d'assurances[12]. Les documents ainsi remis, dès lors qu'ils sont invoqués dans la procédure juridictionnelle, sont écartés des débats[13].

▮ Le médecin qui est saisi d'une demande de communication de dossier médical par un médecin-conseil d'une compagnie d'assurances doit donc, se récuser. Il peut en revanche, sous réserve que les informations recherchées ne soient pas de nature

confidentielle, proposer à l'ayant droit, au choix de ce dernier, d'établir un certificat médical ou de lui remettre copie de tout ou partie du dossier médical.
A l'égard d'une demande de certificat précisant la cause du décès, notamment dans le cas d'assurances-vie excluant certains risques (suicide, guerre, etc.), le médecin ne peut que délivrer un certificat confirmant le décès, sans plus de renseignements. L'Ordre national des médecins admet que le certificat précise que « la mort est étrangère aux risques exclus par la police qui m'a été communiquée »[14].

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a récemment précisé qu' « aucune modification de[s] règles déontologiques ne nous conduit actuellement à changer une attitude basée sur le principe d'intérêt public du secret médical »[15], tout en reconnaissant les assouplissements nécessaires impliqués par la loi du 4 mars 2002. Il a constaté pour les dénoncer que « se trouvent ainsi souvent révélés plus d'éléments qu'il n'en était demandé à l'origine ; (...) les documents médicaux fournis aux ayants droit ne doivent pas aller au-delà de ce qui est nécessaire pour faire valoir leurs droits »[16].

S'il ne découle d'une lecture stricte des dispositions légales et réglementaires concernant le dossier médical aucune opposition à ce que la famille du défunt désigne le médecin-conseil d'une compagnie d'assurances pour prendre connaissance du dossier médical, afin d'y rechercher la preuve d'un droit si cela est nécessaire, le Conseil national de l'Ordre des médecins et la CNIL invoquent dans ce cas une violation de la déontologie, car « (…) l'article 46 du Code de déontologie (médicale) impose au médecin désigné comme intermédiaire de se récuser si l'accès au dossier met en jeu ses intérêts. Tel est bien le cas d'un médecin qui agit à la demande et pour le compte d'une compagnie d'assurances ou d'un médecin de « recours » qui a un intérêt direct à la solution du litige que lui confie un patient et qui pourrait faire l'objet de poursuites disciplinaires s'il ne se récusait pas »[17].
Une décision de cour d'appel a confirmé que le médecin d'une compagnie d'assurances qui s'était fait désigner par les ayants droit d'un patient décédé ne pouvait recevoir communication du dossier médical[18].

Notes du chapitre 15

1- F. Gazier, B. Hoerni, Secret médical et assurances, octobre 1998

2- Art. R. 4127-4, C. santé publ.

3- TA Nice, 9 mars 2007, n° 0404779 ; AJDA, 4 juin 2007, p. 1089-1092

4- Le Conseil national de l'Ordre des médecins se prononce clairement en ce sens : « Du vivant du patient, aucun certificat ne doit être adressé à un tiers, mais doit être remis en main propre au patient qui en fait lui même la demande », Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, Formulaires médicaux et assurance, 2007

5- F. Gazier, B. Hoerni, Secret médical et assurances, octobre 1998

6- Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, Formulaires médicaux et assurance, 2007

7- CADA, Directeur du Centre hospitalier d'Albertville Moutiers, conseil n° 20091755 du 18 juin 2009

8- CA Paris, 21 décembre 1964 : Gaz. Pal. 1965, 1, jurispr. p. 202

9- TGI Paris, 26 avril 1972 : D. 1972, I, jurispr. p. 426

10- Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, Formulaires médicaux et assurance, 2007

11- CADA, Secrétaire générale de l'Assistance publique – hôpitaux de Paris, 5 avril 2012, conseil n° 20121675 ; Décision du Défenseur des droits n° MSP 2013-209, Recommandations relatives aux conditions d'accès pour les bénéficiaires de contrat d'assurance sur la vie et pour les sociétés d'assurances, aux informations médicales concernant une personne décédée, ainsi qu'aux conditions matérielles de la garantie de la confidentialité lors de l'envoi de ces éléments médicaux aux sociétés d'assurances (2013). Le Défenseur des droits, en concertation avec le Conseil national de l'Ordre des médecins, a notamment recommandé que : 1. les sociétés d'assurances acceptent les certificats médicaux établis par le médecin qui a pris en charge le souscripteur, certificat qui fournirait l'ensemble des éléments nécessaires à la société d'assurance pour procéder au règlement de la prestation, sans que cette dernière puisse lui rendre opposable l'utilisation d'un modèle type ; 2. elles veillent à ce que les informations qu'elles demandent soient compatibles avec le respect des règles régissant le secret médical ; 3. elles s'attachent à respecter avec le plus grand soin les conditions matérielles de la confidentialité dans lesquelles doivent leur être acheminés les plis contenant des informations médicales, qui ne sauraient parvenir qu'à un médecin-conseil destinataire parfaitement identifié sous pli confidentiel ou par tout autre moyen (dématérialisé ou non) garantissant la confidentialité ; 4. elles renseignent dans leurs demandes de transmission de pièces médicales ou renseignements médicaux, les nom et prénom du médecin-conseil qui en sera le seul destinataire ; 5. elles adaptent leurs demandes de communication d'informations à caractère médical à la qualité du bénéficiaire, et ainsi s'en abstiennent lorsque le bénéficiaire n'est pas en capacité juridique de les obtenir lui-même, spécialement lorsqu'il n'a pas la qualité d'ayant droit.

12- Cass. 1ère civ. 9 juin 1993 et Cass. 1ère civ. 6 janvier 1998, cités par F. Gazier, B. Hoerni, Secret médical et assurances, Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 1998, p. 5

13- V. également Cass. 1ère civ., 12 janv. 1999, cité par le Conseil national de l'Ordre des médecins dans les Commentaires du Code de déontologie médicale, p. 293, 1998

14- Conseil national de l'Ordre des médecins. Le secret professionnel des médecins : Paris, 1987, p. 33

15- Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, Formulaires médicaux et assurance, 2007

16- Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, Formulaires médicaux et assurance, 2007

17- F. Gazier, B. Hoerni, Secret médical et assurances, Conseil nationale de l'Ordre des médecins, octobre. 1998

18- CA Lyon, 4 septembre 1997, cité par F. Gazier et B. Hoerni, id.

16. La communication du dossier pour une évaluation ou un contrôle médical

La loi a prévu des dérogations au secret médical afin d'autoriser certains médecins, chargés de missions d'évaluation et de contrôle, à accéder aux données du dossier médical.

D'une manière générale, il ne s'agit pas d'un droit d'accès au dossier, mais d'un accès à des renseignements médicaux ou des pièces médicales nécessaires à l'exercice des missions confiées à ces médecins et à elles seules. Ces derniers doivent notamment être libres de tout lien avec les personnes dont le dossier est consulté.

L'accès aux informations par les médecins de l'assurance maladie ou de l'administration sanitaire

Les dispositions actuelles sont insérées dans différents textes :

- L'article L. 162-30-1 du Code de la Sécurité sociale, prévoit que « les médecins membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales (…) lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions »[1].
Ce droit d'accès n'est pas reconnu aux médecins conseils des organismes mutualistes [2].

- L'article L. 315-1 du Code de la Sécurité sociale prévoit que « les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical »[3].
Les médecins-conseils des caisses, en association avec les médecins inspecteurs de la santé (ARS), dans le cadre du contrôle de qualité externe du PMSI (programme de médicalisation du système d'information), peuvent ainsi notamment accéder aux informations nominatives pertinentes de chacun des dossiers de l'échantillon de contrôle[4].

- L'article L. 1414-4 du Code de la santé publique indique en son dernier alinéa que les médecins experts de la Haute autorité de santé « n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission de certification lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical ».
L'évaluation qualitative des activités hospitalières, dans le cadre de la procédure de certification, rend parfois nécessaire l'examen des dossiers médicaux. Cet examen doit s'effectuer dans des conditions strictement réglementées : « Les visites (de certification) sont conduites dans le respect du secret professionnel. L'établissement (…) qui en est l'objet communique aux experts chargés de ces visites tout document nécessaire à leur analyse. Les médecins experts peuvent consulter sur leur demande les dossiers ou documents médicaux dans les conditions du dernier alinéa de l'article L. 1414-4.

Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, les dossiers ou documents considérés sont rendus anonymes préalablement à leur consultation » (art. R. 6113-14, C. santé publ.).

- Les membres de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice en France de la profession de médecin ont accès aux données de santé à caractère personnel, mais seulement « si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission lors de leur visite sur les lieux, dans le respect du secret médical »[5].

- L'étendue des règles de confidentialité est précisée plus généralement par le Code de déontologie médicale : « Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.
Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme »[6].

- En cas d'événement indésirable grave lié aux soins, des dispositions spécifiques s'appliquent : l'établissement est tenu de déclarer ces « EIG » (« événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention ») au directeur général de l'agence régionale de santé (art. L. 1413-14, C. santé publ.).

Cette déclaration doit être effectuée de façon anonyme et se limiter à l'énoncé du cas (par ex., « décès par choc hémorragique d'une patiente d'une cinquantaine d'années, sans co-morbidité au décours d'une cholécystectomie »).

Un rapport sera joint si nécessaire, comportant les éléments nécessaires à la compréhension de l'événement et des mesures correctrices, et eux seuls.
La CME pourra sans obstacle en être destinataire, dans le cadre de sa mission d'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (art. L. 6144-1, C. santé publ.).

Les textes prévoient par ailleurs que dans le respect des dispositions relatives au secret professionnel, le **coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins** a accès à l'ensemble des données nécessaires à l'exercice de ses missions (issues du système d'information, des plaintes et réclamations, des signalements internes et externes, des déclarations réalisées dans le cadre des systèmes de vigilance, des revues de morbi-mortalité, des retours d'expérience, des résultats d'audits et d'inspections, des déclarations d'événements porteurs de risque enregistrées par les praticiens en démarche d'accréditation, avec l'accord de ces derniers, etc.)[7].

L'accès au dossier médical en cas d'enquête administrative

En diverses circonstances (dysfonctionnement grave, accident médical, événement indésirable grave,…), l'administration hospitalière peut être amenée à engager une enquête interne.
Se pose alors la question des informations dont elle peut disposer pour la mener à bien, notamment pour celles contenues dans les dossiers médicaux de patients.

Un ou plusieurs médecins seront désignés pour procéder aux investigations sur les documents médicaux. Celles-ci ne pourront être effectuées qu'avec l'accord écrit du patient, ou de ses ayants droit en cas de décès. L'accès aux informations, réalisé dans des conditions de nature à préserver le secret médical, sera limité aux seuls et stricts besoins de l'enquête.

L'accès au dossier médical par le médecin d'un centre de réforme

Le Code des pensions civiles et militaires de retraite prévoit des modalités de communication élargies du dossier médical s'agissant des personnes présentant une demande de pension civile ou militaire.
Il dispose que « nonobstant toutes dispositions contraires, et notamment celles relatives au secret professionnel, tous renseignements médicaux ou pièces médicales dont la production est indispensable pour l'examen (de leurs droits) pourront être communiqués sur leur demande aux services administratifs placés sous l'autorité des ministres auxquels appartient le pouvoir de décision et dont les agents sont eux-mêmes tenus au secret professionnel »[8]
Par exception au principe général (et en raison de la demande implicite du patient, celui-ci étant à l'origine de la demande), le médecin désigné par le ministère concerné peut donc se faire communiquer le dossier médical du patient en activité au moment des faits examinés, (fonctionnaire civil, militaire, magistrat, ...), sans que l'accord de ce dernier soit requis.

L'accès aux informations médicales de l'assuré social (accidents du travail et maladies professionnelles)

La communication des documents au patient peut revêtir une importance particulière pour les assurés sociaux en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. On notera que pour faire valoir ses droits, « la victime est tenue de présenter à toute réquisition du service de contrôle médical tous certificats médicaux, radiographies, examens de laboratoire et ordonnances en sa possession, ainsi que la feuille d'accident (…). La victime doit également faire connaître, le cas échéant, les accidents du travail et les maladies professionnelles antérieurs et, au cas où il s'agit d'une rechute, fournir tous renseignements qui lui sont demandés sur son état de santé antérieur (…) » (art. R. 442-2, CSS).

L'accès aux dossiers médicaux par le médecin responsable de l'information médicale (DIM)

- La loi du 27 janvier 1993[9] a permis au médecin responsable du département d'information médicale (médecin « DIM ») au sein de l'établissement de santé d'accéder aux informations médicales nominatives spécifiées à l'article L. 6113-7 du Code de la santé publique (à savoir les « données médicales nominatives nécessaires à l'analyse

de l'activité » de l'établissement et que les praticiens exerçant dans l'établissement doivent transmettre au médecin responsable de l'information médicale)[10], couramment appelées données « PMSI ».

▮ À ce titre, pour le compte de l'établissement et afin de procéder à l'analyse de son activité médicale, le médecin responsable de l'information médicale est chargé d'effectuer la synthèse et le traitement informatique de données figurant dans le dossier médical[11].
Ces données transmises au médecin « DIM » ne peuvent concerner que :

- l'identité du patient et son lieu de résidence ;
- les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés, telles qu'hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, consultation externe ;
- l'environnement familial ou social du patient en tant qu'il influe sur les modalités du traitement de celui-ci ;
- les modes et dates d'entrée et de sortie ;
- les unités médicales ayant pris en charge le patient ;
- les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée ;
- les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement.

Ces données ne sont toutefois pas recueillies lorsque le patient a été admis au sein de l'établissement sous l'un des régimes d'anonymat prévu par la loi (accouchement « sous X », patients toxicomanes demandant le secret).

▮ Des arrêtés ministériels déterminent, en fonction de la catégorie de l'établissement dans lequel les soins sont dispensés et de la nature de ces soins (art. R. 6113-2, C. santé publ.) :

- les données dont le recueil et le traitement ont un caractère obligatoire ;
- les nomenclatures et classifications à adopter ;
- les modalités et la durée minimale de conservation des fichiers.

▮ Les textes prévoient que les médecins responsables des structures médicales et médico-techniques tout comme les cliniciens sont garants, chacun pour ce qui les concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'ils transmettent pour traitement au médecin « DIM » (art. R. 6113-4, C. santé publ.).
Le médecin « DIM » a notamment pour mission de conseiller les praticiens de l'établissement pour la production des informations. Il doit « veiller à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs ».

▮ Le médecin « DIM » et ses confrères médecins chargés sous sa responsabilité de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers qui en résultent sont soumis à l'obligation de secret.
Il en est de même des personnels placés ou détachés auprès de ces médecins et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous leur autorité, ainsi que des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données (art. R. 6113-5, C. santé publ.).

▮ Après avis de la commission médicale d'établissement (CME), le directeur doit prendre toutes dispositions utiles, en liaison avec le président de ces instances et le médecin responsable de l'information médicale, afin de préserver la confidentialité des données médicales nominatives. Ces dispositions concernent notamment l'étendue, les

modalités d'attribution et de contrôle des autorisations d'accès ainsi que l'enregistrement des accès (art. R. 6113-6, C. santé publ.).

- Les patients doivent être informés par le livret d'accueil ou un autre document écrit (art. R. 6113-7, C. santé publ.) :
  - que des données les concernant font ainsi l'objet d'un traitement automatisé ;
  - que ces données sont transmises au médecin « DIM » de l'établissement et sont protégées par le secret médical ;
  - qu'elles peuvent exercer leur droit d'accès et de rectification et que ce droit s'exerce, le cas échéant, auprès du médecin « DIM », directement ou par l'intermédiaire du praticien responsable de la structure médicale dans laquelle ils ont reçu des soins ou du praticien qui a constitué leur dossier ;
  - qu'elles ont le droit de s'opposer pour des raisons légitimes au recueil et au traitement de données nominatives les concernant[12].

- Le médecin « DIM » doit transmettre à la CME et au directeur de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, tant en ce qui concerne l'établissement dans son ensemble que chacune des structures médicales ou ce qui en tient lieu. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande. Elles consistent en statistiques agrégées ou en données par patient, constituées de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées (art. R. 6113-8, C. santé publ.).

- L'établissement de santé doit définir, après avis de la CME, les modalités de mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission interne des données médicales ou recueillies à l'initiative de l'établissement, et notamment les obligations des praticiens concernés quant à la transmission et au contrôle de la qualité des données ainsi que leur droit au retour d'informations (art. R. 6113-9, C. santé publ.).

Notes du chapitre 16

1- En matière de biologie médicale, l'article L. 6231-1 du Code de la santé publique organise ce même droit d'accès des médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique, «dans le cadre de leur mission d'inspection pour la biologie médicale, à toutes données médicales individuelles nécessaires à l'accomplissement de leur mission dans le respect de l'article 226-13 du Code pénal». A la date de rédaction du présent guide, une proposition de loi visait à doter les contrôleurs relevant du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et ayant la qualité de médecins de la faculté d'avoir accès, dans la limite des besoins de leur mission et avec le consentement des intéressés, aux informations médicales couvertes par le secret (Sénat, proposition de loi n° 287 modifiant la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté).

2 - Il revient donc à l'assuré de communiquer lui-même les informations à sa mutuelle.

3- Des dispositions antérieures à la loi du 4 mars 2002 distinguent concernant les praticiens-conseils une compétence générale et une compétence spécifique pour l'analyse de l'activité des professionnels de santé :

- *l'article R. 166-1 du Code de la Sécurité sociale prévoit que « pour effectuer les contrôles prévus (dans le cadre de leurs missions), les praticiens-conseils (…) ont librement accès à tout établissement ou institution sanitaire ou médico-sociale recevant des bénéficiaires de l'assurance maladie. (…) Tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général sont tenus à leur disposition par les praticiens de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale (...) ».*
- *l'article R. 315-1-1 du même code prévoit que « lorsque le service du contrôle médical (de la Sécurité sociale) procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé (…), il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité. Dans le respect des règles de la déontologie médicale, (le contrôle médical de la Sécurité sociale) peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse (…) ».*

4- ANAES, Amélioration…, préc., p. 45

5- Art. 42 de la loi n° 96-452 du 28 mai 1996

6- Art. 104, C. déont. méd. ; art. R. 4127-104, C. santé publ.

7- Art. R. 6114-1, C. santé publ. ; circ. DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

8- Art. L.31, C. pensions civiles et militaires de retraite

9- Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social

10- Ce médecin est en effet chargé, dans le cadre de sa mission réglementaire, de veiller «à la qualité des données qu'il confronte, en tant que de besoin, avec les dossiers médicaux et les fichiers administratifs» (art. R. 6113-4, C. santé publ.). On notera, concernant les données recueillies dans le cadre du « programme de médicalisation du système d'information » (PMSI), que les établissements de santé doivent prendre toutes dispositions utiles afin de permettre aux patients d'exercer auprès du médecin responsable de l'information médicale leurs droits d'accès et de rectification (Arr. du 29 juill. 1998, art. 1-III). Les médecins inspecteurs de la santé publique et les praticiens conseils des organismes d'assurance maladie ont accès par l'intermédiaire du médecin chargé de l'information médicale aux fichiers des résumés hebdomadaires standardisés (RHS) (A. 29 juill. 1998, art. 7).

11- Art. R. 6113-1, C. santé publ.

12- Dans les conditions fixées à l'article 38 de la loi « CNIL » n° 78-17 du 6 janvier 1978

17. L'accès au dossier médical informatisé

Depuis plusieurs années, l'informatisation des données de santé et la mise en œuvre de systèmes d'information médicaux se développent rapidement à l'hôpital. L'informatisation a vocation à se généraliser, tant elle présente un intérêt évident au plan médical (disponibilité, partage et circulation de l'information), épidémiologique, économique ou encore archivistique (conservation des documents).

L'évolution des techniques d'écriture et de communication, la banalisation des outils bureautiques, la tarification à l'activité et le PMSI, le développement progressif des réseaux de santé et plus généralement de l'exercice collectif de la médecine sont autant d'éléments qui conduisent établissements et professionnels de santé à informatiser les données médicales.

Ces nouveaux supports modifient les modalités de communication. Ils les rendent plus aisées et plus rapides, mais justifient des précautions nouvelles pour prévenir la divulgation des données.

Ce qu'est un dossier médical informatisé

▮ Les professionnels de l'informatique médicale retiennent généralement le terme de « dossier médical électronique » (ou « DME ») ou dossier médical informatisé (ou « DMI »), qui doit être distingué du dossier médical personnel (ou « DMP »).

Ce dossier médical électronique, *a minima*, complète, voire reproduit sous une forme numérisée les dossiers et les informations jusqu'alors conservés sur des supports « papier »[1] : il poursuit un objectif de « dématérialisation » des documents, réduit les coûts de stockage et favorise la circulation en temps réel des informations[2].

▮ En pratique, les dossiers médicaux informatisés revêtent selon le cas la forme d'applications logicielles permettant la réunion d'un ensemble d'informations médico-administratives sur le patient, ou celle d'un stockage de « répertoires » informatiques référencés au nom du patient, regroupant tout ou partie des données médicales qui le concernent, produites le cas échéant par des outils bureautiques (tableurs, traitements de textes, bases de données, numérisations).

▮ Au plan du droit, le « dossier médical informatisé » est un traitement de données de santé personnelles au sens de la loi du 6 janvier 1978 modifiée[3] relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, c'est-à-dire « tout ensemble structuré et stable de données médicales à caractère personnel accessibles selon des critères déterminés ». Sont ainsi concernés les dossiers médicaux sous forme d'applications logicielles, les fichiers de données médicales et comptes rendus d'examens ou de consultations stockés dans des répertoires réseaux informatiques, les messageries sécurisées d'échanges de l'information médicale ou encore les données transmises et conservées dans le cadre de la télémédecine[4].

▪ Le législateur est demeuré imprécis sur la forme exacte de ces traitements, sachant qu'ils peuvent être automatisés (dossiers informatisés) ou manuels (non automatisés : classeur papier ordonnancé par exemple). La jurisprudence administrative a de même hésité sur la définition à retenir[5]. La CADA a récemment donné une définition des dossiers médicaux informatisés ne retenant dans leur périmètre que les traitements « automatisés » et excluant tout traitement « manuel » ou « non automatisé »[6].

Droits spécifiques du patient issus de la loi du 6 janvier 1978

En principe, les dossiers informatisés, et d'une manière générale les « informations détenues par l'établissement sur l'état de santé du patient » (au sens de la loi du 4 mars 2002[7]) lorsqu'elles sont numérisées, répondent aux mêmes modalités d'accès que les dossiers médicaux au format papier.

Pour autant, le caractère informatisé des données a pour effet de les soumettre également aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978, qui induisent quelques particularités aussi bien pour les personnes concernées (le patient ou ses ayant-droits) que pour les professionnels de santé et les tiers pouvant bénéficier d'un droit à communication.

▪ Le droit d'accès.
L'accès du patient a son dossier est de droit (art. 39 et 43 de la loi). Ce droit d'accès peut permettre une rectification, un complément ou un effacement de certaines informations pour un motif légitime[8] (art. 40).

▪ Le droit d'opposition.
La loi reconnaît le droit à toute personne physique de s'opposer, pour des raisons légitimes, à ce que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement (art. 38). Néanmoins, ce droit ne s'applique pas aux traitements qui répondent à une obligation légale ou lorsque le droit d'opposition a été écarté par une disposition expresse de l'acte autorisant le traitement. La loi énumère par ailleurs certaines données sensibles (qui peuvent être utiles en matière sanitaire ou au plan épidémiologique) dont le traitement informatisé ou la conservation doit donner lieu à autorisation préalable de la CNIL (art. 25 et 36). Parmi celles-ci figurent les informations sur les origines raciales, les mœurs, les opinions politiques, religieuses, etc., et plus généralement sur la santé ou la vie sexuelle (art. 8).

▪ Le droit à l'information (art. 32 de la loi).
Une information systématique doit être effectuée auprès des personnes figurant sur le fichier que constitue le dossier médical et obligatoirement dans le livret d'accueil[9].
Cette information peut s'effectuer également :

- par la remise d'un document. Dans le cas des mineurs, ce document doit être délivré aux titulaires de l'autorité parentale et, dans le cas des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection, au tuteur ;
- sous forme d'affiches apposées dans les services.

Elle doit indiquer au patient l'existence de son droit d'accès et de rectification, ainsi que les droits généraux des personnes à l'égard des traitements de données.
En somme, l'informatisation d'un dossier médical donne au patient, systématiquement informé de l'existence d'un dossier informatisé, un droit d'accès étendu lui permettant de se faire communiquer les données le concernant, les faire rectifier, voire les faire supprimer.

L’encadrement « logiciel » de l’accès des professionnels de santé

Les règles relatives à l’accès des dossiers médicaux informatisés ne se distinguent donc pas de celles applicables aux dossiers « papier ». Seuls les professionnels de santé habilités membres de l’équipe de soins et prenant en charge le patient peuvent avoir accès aux données le concernant et ceci, pour les seules nécessités de sa prise en charge. Pour ce faire, la mise en place d’une politique d’habilitation par **mot de passe** au dossier informatisé doit être mise en œuvre. Plusieurs solutions techniques sont possibles :

- des systèmes informatiques particulièrement sécurisés, qui restreignent l’accès aux données médicales d’un patient aux seuls professionnels de santé le prenant en charge. Ils organisent l’impossibilité pour un professionnel de santé d’accéder à un patient qu’il ne prend pas en charge. Une seule exception existe alors, généralement pour les personnels des services des urgences : la mise en place d’un dispositif de « bris de glace » qui leur permet de contourner ce blocage compte tenu de leur mission spécifique ;
- des systèmes sécurisés, mais ouverts à l’ensemble des professionnels de santé d’un établissement, charge à eux de respecter les principes du secret médical et la notion d’équipe de soins. Ces systèmes sont « responsabilisants ». Ils permettent d’éviter un blocage (la nécessité de l’accès immédiat à une information pouvant être vitale), tout en traçant l’ensemble des accès aux données médicales dans des fichiers de « log »[10] ou des fichiers « journaux » ; ces fichiers sont alors analysés postérieurement par des programmes informatiques de sorte à vérifier que les accès n’ont pas été illégitimes. Ils permettent ainsi de faire remonter, le cas échéant, les anomalies pour en tirer des conséquences en cas d’absence de justification d’accès.

▮ Aujourd’hui, l’évolution des outils informatiques de gestion des dossiers informatisés aboutit généralement à une solution médiane : ils imposent à l’accédant de faire partie de l’équipe de soins, tout en permettant à tout professionnel d’opérer un « bris de glace », afin d’accéder à une information à laquelle il n’a en principe pas accès. Cet accès en bris de glace sera alors analysé par des programmes informatiques qui pourront faire remonter des anomalies d’accès et alors justifier des demandes d’explication, voire des sanctions.

L’accès au dossier par le patient

▮ La CNIL a régulièrement rappelé que l’accès devait avoir lieu selon des modalités permettant de garantir la sécurité et la confidentialité des données médicales. Elle privilégie la consultation sur place (écran), la remise en mains propres ou l’envoi par courrier (de préférence avec accusé de réception), voire la télécopie des données informatisées éditées sur papier.

▮ Le plus souvent, la communication sera effectuée par une remise d’une impression « papier » des documents numérisés.

Elle pourra aussi bien utiliser des supports plus modernes : enregistrement des données sur CD-Rom ou DVD-Rom, sur clé USB,... Ces supports numériques comprendront les données médicales dans le « format » dans lequel l'établissement en dispose (par exemple au format des traitements de texte ou tableurs lorsque l'information médicale est stockée dans des fichiers bureautiques répertoriés) ou au format « image » lorsqu'elles proviennent d'une application logicielle (soit par la numérisation des éditions papier, soit par la mise à disposition de captures d'écran des applications logicielles utilisées par l'hôpital). Cette mise à disposition se fera dans la limite des dispositifs techniques de l'hôpital (art. R. 1111-2 du Code de la santé publique, v. p. 46).

- Un accès informatique peut être organisé dès lors qu'il est sécurisé et permet au seul patient concerné d'accéder aux informations le concernant. Les dispositifs techniques traditionnellement utilisés pour ce faire sont en principe des plateformes d'accès hébergées par les professionnels de santé, auxquelles le patient peut accéder en s'authentifiant (sachant que son identifiant et son mot de passe lui ont été communiqués par des canaux différents : information orale, envoi postal, envoi de message sur téléphone portable, appel téléphonique). Ces dispositifs de « consultation électronique » évoqués par l'article R. 1111-2 du Code de la santé publique « lorsque les possibilités techniques de l'établissement le permettent » sont encore rares, car ils sont onéreux et contraignants au plan technique, étant qualifiés de « téléservices » et soumis notamment au « référentiel général de sécurité ».

Un autre dispositif envisageable est celui de l'envoi de l'information médicale de manière cryptée (chiffrement des données), en ayant préalablement adressé au patient, de manière séparée, les modalités de déchiffrement de l'information.

Il faut donc retenir que ces modalités doivent être très sécurisées selon les recommandations de la CNIL.

- Pour autant, **rien ne s'oppose à un accès aux données par voie électronique** (accès direct à l'application[11] ou envoi par message électronique), conformément aux dispositions de l'article R. 1111-2 du Code de la santé publique.

La CADA a ainsi validé l'envoi des informations informatisées par **simple courriel** en l'absence de tout dispositif de sécurité (absence de messagerie sécurisée ou de chiffrement), dès lors que le patient, conscient des risques en termes de sécurité et de confidentialité, l'accepte[12].

Une précaution pour l'établissement de santé est alors de tracer (par une mention sur le formulaire de demande de communication des documents) le choix de ce dispositif non sécurisé par le patient. Elle permettra à l'établissement de santé de ne pas mettre en jeu sa responsabilité en cas de violation de la confidentialité des données ainsi transmises.

L'accès aux informations par les professionnels de santé

- Les modalités ordinaires de communication, telles qu'évoquées dans l'ouvrage, s'appliquent à l'accès par les professionnels de santé.

Dès lors que le professionnel de santé est amené à utiliser des outils informatiques pour « transférer » de l'information médicale (par télécopieur ou courrier électronique par exemple), l'établissement de santé est tenu, en application de l'article R. 4127-73 du Code de la santé publique[13], de s'assurer que la communication est suffisamment sécurisée pour garantir la confidentialité des informations.

S'agissant des télécopieurs, et suivant les prescriptions de la CNIL et du Conseil national de l'Ordre des médecins[14], l'utilisation de codes d'accès, à l'émission comme à la réception, est recommandée.

Ces principes de sécurisation s'imposeront de la même façon pour les échanges électroniques, en utilisant par exemple un dispositif de verrouillage des postes de travail.

- La CNIL impose, parmi les exigences qui doivent être respectées[15], l'utilisation de messageries sécurisées permettant le chiffrement des données médicales nominatives échangées[16].

- La mutualisation des données personnelles entre professionnels de santé[17] nécessite l'hébergement des données de santé par un opérateur privé, voire par un professionnel de santé ou un établissement de santé, ces derniers pouvant eux-mêmes être « hébergeurs » pour d'autres professionnels de santé.
L'hébergement de données de santé permettant l'accès aux données par les professionnels de santé (et « l'externalisation » des données qui en résulte) doit respecter un cadre strict prévu par l'article L. 1111-8 du Code de la santé publique : consentement exprès du patient, respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978, passation d'un contrat pour la prestation d'hébergement.
Dans ce cadre strict, seuls parmi les professionnels de santé peuvent accéder aux données hébergées des patients ceux qui les prennent en charge et qui sont désignés par les patients.

L'accès aux informations par les tiers autorisés

Différentes personnes et organismes, autres que le patient (et ses ayants droit) ou les professionnels de santé, peuvent demander communication du dossier médical, ou de telles ou telles informations qu'il contient : représentants des autorités administratives et judiciaires, experts,…
Cette communication pourra être effectuée par voie électronique ou sur un support numérisé (clé USB, CD-ROM ou DVD Rom, etc.). La communication par voie électronique devra le cas échéant être sécurisée techniquement (envoi de l'information de manière chiffrée, en ayant adressé séparément les modalités de déchiffrement ou l'utilisation de serveur sécurisé), afin de respecter les dispositions de la législation « Informatique et libertés » et les prescriptions de la CNIL.
Lors de la remise des documents, sous format numérique ou format « papier », il importe de s'assurer que les documents ainsi communiqués sont ceux et ceux seuls, qui font l'objet de la requête : la demande d'accès des informations concernant un patient ne doit pouvoir entraîner la communication des informations concernant d'autres patients[18].

Notes du chapitre 17

1- A défaut de dispositif de signature électronique, il ne peut se substituer toutefois au dossier « papier ».

2- On lira utilement sur le sujet : ANAP, L'archivage du dossier patient, Enjeux et principes de mise en œuvre, 2013

3- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

4- Voir l'article L. 6316-1 et les articles R. 6316-1 et s. du Code de la santé publique.

5- Sur l'inclusion ou non des fichiers « manuels » dans cette définition, v. Conseil d'État, 20 octobre 2010, n° 327916 et 26 novembre 2010, n° 323694

6- CADA, avis n° 20131540 du 25 juillet 2013, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

7- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; art. L. 1111-7, C. santé publ.

8- Par exemple, un patient qui demande l'effacement des informations relatives à sa santé, car il ne souhaite pas qu'en prenne connaissance un membre de sa famille, médecin de l'hôpital où il a été pris en charge.

9- Arrêté ministériel du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé.

10- Les fichiers « log » sont des fichiers enregistrant de manière séquentielle l'ensemble des événements relatifs à une donnée, une application, etc. … Sont en particulier « journalisés », les événements relatifs aux accès, modifications, créations. Ces événements sont le plus souvent datés et classés par ordre chronologique.

11- La mise en place progressive du DMP permet ainsi aux professionnels de santé de verser l'information médicale des dossiers médicaux informatisés dans le DMP accessible au patient. Il s'agit là d'une nouvelle modalité d'accès des données informatisées, effectuée par le truchement d'un professionnel de santé, de manière sécurisée.

12- CADA, Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, avis n° 20131540 du 25 juillet 2013
Dans cet avis, la CADA avait noté qu'en l'espèce, les clichés tirés par tomographie à cohérence optique (OCT) et dont la communication était sollicitée ne présentaient pas le caractère de données personnelles réunies en un « fichier » et relevant à ce titre de la loi relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978. Elle a estimé que « si le demandeur le souhaite expressément, l'administration est tenue de lui communiquer les informations à caractère médical par voie électronique, dès lors toutefois que le document est disponible sous format électronique (…) » et rappelé à l'occasion de cet avis que l'accès aux documents médicaux détenus par les établissements du service public de santé s'exerce, comme pour tous les documents administratifs, au choix du demandeur conformément à l'article 4 de la loi du 17 juillet 1978. Bien que la CNIL, par sa délibération n° 97-008 du 4 février 1997, préconise « que dans le domaine de la santé, seules les messageries professionnelles sécurisées et recourant au chiffrement des données puissent être utilisées pour transférer des données médicales nominatives », la Commission estime que cette recommandation, non impérative et dédiée aux transferts de données entre professionnels, ne peut légalement faire obstacle à l'exercice du droit d'accès selon les modalités choisies par le demandeur parmi celles prévues par l'article 4 de la loi. La CADA précise toutefois, qu'il conviendra que l'établissement sollicité avertisse l'intéressé des risques que présente l'envoi de son dossier médical par courrier électronique. Si ses possibilités techniques le lui permettent, il lui est loisible de procéder au chiffrement des données avec un envoi séparé d'une clé ou d'un dispositif de déchiffrement utilisable par le demandeur » (CADA, lettre d'information, septembre-octobre 2013).

13- Cet article, qui est aussi l'article 73 du Code de déontologie médicale, a pour effet d'imposer aux établissements de santé la protection des données contre toute indiscrétion.

14- CNIL, Guide professionnels de santé – 2011 (www.cnil.fr) ; CNOM, Bulletin de l'Ordre des médecins, avril 1996 On notera que l'article 5 du décret n° 2013-1090 du 2 décembre 2013 (relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) précise que « lorsque la transmission des informations (…) s'effectue par voie électronique, elle est réalisée, notamment par messagerie sécurisée, dans des conditions permettant l'identification certaine de l'émetteur et du destinataire.»

15- CNIL, délibération n° 97-008 du 4 février 1997

16- Ces dispositifs peu mis en place jusqu'à présent, vont très certainement se développer, en particulier grâce au lancement, depuis juin 2013, par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé), en collaboration avec les ordres professionnels d'une messagerie sécurisée de santé (MSS) utilisable par tout professionnel de santé (libéral ou en établissement). Il faudra suivre le déploiement de cet outil pour en mesurer l'efficacité pour l'accès à l'information par les professionnels.

17- Ce type de mutualisations ne cesse de se développer, dans le cadre de prises en charge dans un territoire de santé, dans un réseau de santé (tels qu'un réseau de cancérologie utilisant un dossier « communiquant ») ou par le développement de la télémédecine.

18- Le représentant du Conseil de l'Ordre le vérifiera le cas échéant en cas de saisie sur perquisition (v. p. 110).

18. Le dossier de l'activité libérale des praticiens à temps plein

La loi autorise les praticiens statutaires exerçant à temps plein – et eux seuls – à exercer une activité libérale au sein de l'établissement où ils exercent ou dans celui de leur exercice principal[1].

Cette activité libérale qui peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation est singulière au plan juridique. En effet, le patient est alors le plus souvent pris en charge par l'établissement pour une part substantielle de ses soins, tout en bénéficiant pour une partie de l'activité médicale, d'une relation personnelle, « privée », avec un praticien exerçant dans un cadre libéral, rémunéré par honoraires.

Ceci a des conséquences sur les modalités de communication du dossier médical.

Obligations personnelles du praticien

▪ Le médecin hospitalier à temps plein qui est habilité à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale, selon des modalités fixées par le contrat qu'il a passé avec son établissement[2], est tenu *a minima* de constituer et de conserver sous sa seule responsabilité une fiche d'observation, et le cas échéant un véritable dossier médical, dans les conditions de toute activité médicale en ville.

Cette obligation résulte des obligations déontologiques suivantes :

« (…) le médecin doit tenir pour chaque patient une **fiche d'observation** qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin (…) » (art. R. 4127-45, C. santé publ.)[3].
« Sous réserve des dispositions applicables aux établissements de santé, les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis » (art. R. 4127-36, C. santé publ.).

▪ En cas de demande d'accès à ces documents, le médecin en donnera communication personnellement au demandeur dans les conditions de droit commun prévues par la loi. Il établira le moment venu, par précaution, un procès verbal de destruction des dossiers, au terme de leur conservation.

▪ Le Conseil national de l'Ordre des médecins recommande, à défaut de précision règlementaire, que les médecins d'exercice libéral conservent leurs dossiers au moins vingt ans, s'alignant ainsi sur les règles applicables aux établissements de santé[4].

▌Lorsque le médecin libéral cesse son activité (v. p. 51-52), par suite le plus souvent d'une décision programmée, il est important qu'il en avertisse par avance ses patients (information orale, affichage dans la salle d'attente).

Compte tenu de la spécificité de cette activité, le médecin n'aura pas à proprement parler de successeur. Conformément aux recommandations de l'Ordre national des médecins, il transmettra avant son départ le dossier de ses patients, sur leur demande, aux médecins qu'ils lui auront désignés pour assurer la continuité des soins[5].
A défaut de succession, les dossiers – pour la partie relative à l'activité libérale - seront conservés par le praticien ou seront directement transmis aux patients qui le demandent.

Obligations de l'établissement

▌Les textes sont peu diserts sur les conditions de gestion des dossiers médicaux dans le cadre de cette activité, à l'exception d'une clause du contrat-type règlementaire « d'activité libérale » devant être conclu entre le praticien concerné et l'établissement[6].

Cette clause prévoit que « l'établissement s'engage à veiller (...) à ce que les dossiers et documents médicaux soient conservés sous la responsabilité (du praticien) à l'abri des indiscrétions ».

Il en résulte ainsi une double obligation :
- celle de l'établissement de veiller à la bonne conservation des dossiers dans les conditions de confidentialité appropriées ;
- celle du praticien, qui conserve l'entière responsabilité de la gestion des dossiers dont il est responsable.

▌Une organisation doit être définie par l'établissement avec chaque praticien concerné.

A défaut de pouvoir le préciser dans le contrat d'activité libérale conclu par l'établissement avec le praticien, il est recommandé d'établir un protocole (ou une convention) avec chaque praticien concerné, afin d'en définir les modalités concrètes : conditions du dépôt, lieu de conservation, conditions de consultation et de communication, etc.

Ce document de nature contractuelle pourra notamment définir les conditions de facturation au praticien de la conservation de ses dossiers, ainsi que de leur communication lorsqu'ils sont « externalisés » à titre onéreux auprès d'un prestataire[7].

En pratique

▌Deux situations seront *a priori* distinguées :
- celle où les actes médicaux sont effectués sans que ne soient mis à disposition du praticien par l'établissement des équipements et des personnels pour les examens de diagnostic et les soins (c'est en général le cas des « consultations » privées). Il s'agit alors d'une activité en somme « extra-hospitalière », bien que s'effectuant dans les locaux de l'hôpital, dans laquelle le médecin gère directement et complètement ses dossiers. Un accord avec la direction de l'hôpital

formalisera le cas échéant l'assistance que l'établissement apportera pour la bonne conservation des dossiers et leur communication en tant que de besoin,
- celle où l'activité exercée à titre libéral s'inscrit dans une prise en charge globale hospitalière (cas de la chirurgie par exemple, faisant intervenir l'équipe chirurgicale et anesthésique) ou dans laquelle d'autres moyens que les seuls locaux de consultation sont mis à disposition de l'activité ou du moins y sont associés (équipements, fournitures, personnels). Dans cette situation, le patient relève partiellement de l'activité « publique » de l'établissement de santé. L'établissement doit alors établir un dossier médical et en assurer la conservation dans les conditions ordinaires. Le praticien pourra y joindre ses fiches d'observation ou son propre dossier médical, ceci dans l'intérêt du patient (afin qu'il puisse ainsi que l'équipe hospitalière avoir communication d'un dossier unique) et avec l'accord du directeur de l'établissement.

- La communication des informations s'effectue selon le cas :
  - par le praticien concerné exerçant à titre libéral, pour les actes qui le concernent, ou pour l'ensemble des actes s'il est responsable de la prise en charge globale du patient,
  - par un autre médecin de l'établissement, le cas échéant, si les informations demandées portent exclusivement sur la partie « hospitalière » de la prise en charge[8].

La direction de l'hôpital et le médecin exerçant à titre libéral conviendront ensemble des modalités de communication en cas de doute.

Accès à des fins de contrôle

Le service du contrôle médical de la Sécurité sociale peut se faire communiquer, dans le cadre de sa mission d'analyse de l'activité des professionnels de santé exerçant à titre libéral, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité. « Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné (…) » (art. R. 315-1-1, C. Séc. soc.).

En revanche, les agents de l'administration fiscale ne peuvent avoir accès aux documents couverts par le secret médical et donc aux dossiers médicaux[9].

Notes du chapitre 18

1- Art. L. 6154-1 et s., C. santé publ.

2- Art. R. 6154-4, C. santé publ. (annexe 61-2).

3- Bien que le texte fasse référence à une « fiche d'observation » qui renvoie à l'idée d'un support d'information moins important et rigoureux que le dossier médical, le Conseil national de l'Ordre des médecins a néanmoins souligné que « ces fiches doivent être considérées comme des dossiers » et qu'à ce titre, « les médecins libéraux doivent s'inspirer des textes (qui fixent le contenu des dossiers hospitaliers) en les simplifiant au maximum » (CNOM, Guide d'exercice professionnel, Flammarion, coll. « Médecine Sciences », n° 34, 1998, p. 209).

4- CNOM, Dossiers médicaux, conservation, archivage, mai 2009

5- Id.

6- Art. R. 6154-4, C. santé publ. (annexe 61-2)

7- Proposition de protocole : Protocole entre (établissement) et (le Dr./Pr.…) :

Art. 1 - Conformément aux dispositions de l'article R. 6154-4 du Code de la santé publique et de l'annexe 61-2 constituant le contrat-type d'activité libérale prévu par l'article L. 6154-4 du Code de la santé publique, et pour la mise en œuvre du contrat d'activité libérale conclu le (date) entre (l'établissement) et (le Dr./Pr. ..), (l'établissement) s'engage à veiller à ce que les dossiers et documents médicaux relevant de l'activité libérale exercée dans ce cadre par (le Dr./Pr…) soient conservés au sein de l'établissement sous la responsabilité du (Dr./Pr.…).

Art. 2 – Les dossiers et documents visés à l'article 1 seront conservés comme suit (local, modalités d'accès, etc. ; le cas échéant : principe de conservation des pièces et documents dans le dossier « hospitalier » des patients concernés).

Art. 3 – (le cas échéant) En cas de demande de communication des dossiers et documents, il sera procédé ainsi (préciser).

Art. 4 – À l'échéance du contrat d'exercice libéral, il sera procédé ainsi (remise des dossiers et documents à un successeur désigné, conservation des dossiers et documents par le médecin sur son nouveau lieu d'exercice, versement des informations dans le dossier médical « hospitalier » des patients, etc.).

Fait à…, le…

Signatures du directeur de l'établissement et du médecin.

8- Il revient au praticien de bien veiller, dans ses explications sur les modalités de la prise en charge, « à ce qu'aucune confusion n'apparaisse entre l'activité publique et l'activité privée » (CNOM, Commentaires du Code de déontologie médicale, 2001, sous l'article 98, p. 286).

9- CE, 13 mai 1998. Le Conseil d'État confirme une décision de la Cour administrative d'appel de Paris qui avait prononcé l'irrégularité d'une procédure d'imposition au motif que les documents qui avaient permis de contrôler la comptabilité du praticien en cause étaient couverts par le secret professionnel.

19. Le dossier de la recherche biomédicale

Les établissements publics de santé – et tout particulièrement les CHU - sont fréquemment le lieu de recherches biomédicales sur des patients effectuées dans le cadre de la loi du 22 décembre 1988 modifiée[1].

A l'occasion de ces recherches, des cahiers d'observation sont constitués, parallèlement aux dossiers médicaux hospitaliers établis au titre de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique. Ils relèvent de règles distinctes.

Le cahier d'observation constitue un document destiné à recueillir par écrit toutes les informations requises par le protocole concernant chaque personne qui se prête à la recherche et devant être transmises au promoteur. L'exactitude de ces informations est essentielle puisque la crédibilité des données et des résultats de la recherche en dépendent[2].

Ainsi, l'investigateur doit s'assurer que les données, communiquées au promoteur dans les cahiers d'observation et les rapports requis, sont recueillies et enregistrées au fur et à mesure, de manière exacte, complète et lisible[3].

Dans le cadre de la recherche, le dossier médical sert à la vérification de l'authenticité et de la cohérence des informations recueillies dans le cahier d'observation et si nécessaire à compléter ou à corriger ce cahier. La participation de la personne à la recherche ainsi que les modalités du recueil de son consentement et de la délivrance de l'information en vue de le recueillir sont tracées dans le dossier médical.

L'ensemble des documents et données relatifs à la recherche composent le dossier permanent de la recherche.

Contenu des dossiers permanents de la recherche

- L'article R. 1123-61 du Code de la santé publique prévoit que les documents et données relatives à la recherche doivent être conservés par le promoteur et l'investigateur de la recherche pendant une période fixée par arrêté.

- Un arrêté du 8 novembre 2006[4] apporte une série de précisions pour les recherches portant sur un médicament à usage humain.
Il indique que les documents et données relatifs à la recherche constituent des documents essentiels qui composent le « dossier permanent de la recherche ».
Ces documents, individuellement et collectivement, doivent permettre l'évaluation de la réalisation d'une recherche biomédicale et de la qualité des données produites. Ils

doivent servir à démontrer que l'investigateur, le promoteur ainsi que tout intervenant dans la recherche respectent :

- les règles de bonne pratique clinique ainsi que les textes législatifs et réglementaires en vigueur,
- en particulier, l'arrêté du 23 avril 2004 fixant les normes et protocoles applicables aux essais analytiques, toxicologiques et pharmacologiques ainsi qu'à la documentation clinique auxquels sont soumis les médicaments et produits pharmaceutiques.

Ce dossier doit comprendre au moins les documents et données indiqués dans les règles de bonne pratique clinique, établies par l'ANSM (l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé), pour les recherches biomédicales portant sur les médicaments à usage humain.
Le promoteur et l'investigateur doivent le conserver pendant au moins quinze ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé. Les dossiers peuvent être conservés pendant une période plus longue si cela est prévu dans le cadre d'un accord entre le promoteur et l'investigateur.

▪ Un arrêté du 11 août 2008 définit à son tour et dans les mêmes termes le « dossier permanent de la recherche » pour les recherches biomédicales autres que celles portant sur des médicaments à usage humain[5]. Il prévoit les durées de conservation des documents et données en la matière, à savoir :

- pour les recherches biomédicales portant sur des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* : pendant au moins 15 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé ;
- pour les recherches biomédicales portant sur des dispositifs médicaux incorporant une substance qui, si elle est utilisée séparément, est susceptible d'être considérée comme un médicament dérivé du sang : pendant 40 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé ;
- pour les recherches biomédicales portant sur des produits cosmétiques, pendant au moins 10 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé ;
- pour les recherches biomédicales portant sur des produits sanguins labiles, des organes, des tissus d'origine humaine ou animale, ou des préparations de thérapie cellulaire : pendant au moins 30 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé ;
- pour les recherches biomédicales ne portant pas sur un produit mentionné à l'article L. 5311-1 du Code de la santé (hors compétence de l'ANSM) : pendant au moins 15 ans après la fin de la recherche biomédicale ou son arrêt anticipé.

Dossier médical et dossier permanent de la recherche

▪ Les « dossiers permanents de la recherche » ne sont pas des dossiers médicaux au sens du Code de la santé publique (art. R. 1112-2), obligatoirement établis et conservés par les établissements de santé.
Ils sont établis et conservés par le promoteur et l'investigateur, qui **ne sont pas tenus à les communiquer au patient qui en ferait la demande**.

▪ La tenue d'un dossier permanent de la recherche ne modifie donc en rien l'obligation qui s'impose à l'établissement de santé de constituer un dossier médical hospitalier, qui récapitule les différents éléments de prise en charge du patient, y compris les examens et soins effectués dans le cadre de la recherche.

Accès aux données et confidentialité

▪ Le Code de la santé publique prévoit que :

- les personnes chargées du contrôle de qualité d'une recherche biomédicale et dûment mandatées à cet effet par le promoteur ont accès, sous réserve de l'accord des personnes concernées, aux données individuelles strictement nécessaires à ce contrôle. Ces personnes sont soumises au secret professionnel (art. L. 1121-3) ;
- les expérimentateurs, les investigateurs et les personnes appelées à collaborer aux essais sont tenus au secret professionnel en ce qui concerne notamment la nature des produits étudiés, les essais, les personnes qui s'y prêtent et les résultats obtenus. Ils ne peuvent, sans l'accord du promoteur, donner d'informations relatives aux essais qu'au ministre chargé de la Santé, aux médecins inspecteurs de santé publique, aux pharmaciens inspecteurs de santé publique, au directeur général et aux inspecteurs de l'ANSM. Les essais ne peuvent faire l'objet d'aucun commentaire écrit ou oral sans l'accord conjoint de l'expérimentateur ou de l'investigateur et du promoteur (art. R. 5121-13).

▪ Les conditions de l'accès aux documents et données individuelles de la recherche sont par ailleurs énoncées par la décision de l'AFSSAPS[6] du 24 novembre 2006 fixant les règles de bonnes pratiques cliniques, lorsqu'il s'agit de recherches biomédicales sur des médicaments à usage humain[7].

Ces règles prévoient notamment que :

- le promoteur doit s'assurer que le protocole (ou tout autre accord écrit) précise que les investigateurs mettent les documents et données individuelles strictement nécessaires au suivi, au contrôle de qualité et à l'audit d'une recherche biomédicale à la disposition des personnes ayant accès à ces documents au titre du contrôle qualité ;
- la vérification de la cohérence des données recueillies avec les données « sources » implique la consultation directe des données individuelles strictement nécessaires à ce contrôle. Ces activités doivent obéir à des règles très strictes en matière de confidentialité. Ainsi, les personnes chargées de cette vérification doivent avoir été individuellement mandatées à cet effet par le promoteur. Les personnes ainsi mandatées étant appelées à collaborer aux recherches sont soumises au secret professionnel, au même titre que les investigateurs eux-mêmes ;
- le promoteur doit s'assurer que chaque personne qui se prête à la recherche a donné son accord par écrit pour l'accès aux données individuelles la concernant et strictement nécessaires au contrôle de qualité de la recherche.
- lorsque des enveloppes scellées contenant des exemplaires des formulaires de recueil de consentement ont été confiées au promoteur, il ne doit en aucun cas

les ouvrir. Le promoteur ne pourra remettre ces enveloppes, sur demande, qu'au directeur général et aux inspecteurs de l'ANSM, à l'investigateur concerné ou à des représentants de l'autorité judiciaire.

Accès aux protocoles de recherche

Le Code de la santé publique prévoit à son article L. 1121-15 une procédure particulière d'accès aux informations contenues dans les protocoles de recherche biomédicale, réservée aux associations de malades et d'usagers du système de santé[8].

Ce régime d'accès s'applique aux seuls protocoles de recherche biomédicale[9], et pas à l'ensemble des documents relatifs à une recherche biomédicale.

Notamment, les documents rendant compte des résultats de la recherche ne sont pas soumis à ce régime d'accès spécial, même pour les mentions décrivant certains éléments du protocole suivi : ces documents relèvent du régime général de communication des documents administratifs institué par la loi du 17 juillet 1978 et de ses dispositions restrictives[10].

En tout état de cause, tous les éléments essentiels des protocoles sont publiés sur un site américain public (clinical.trials.gov) : en effet, l'enregistrement d'un essai clinique sur un registre étant souvent une condition requise par les éditeurs de revues pour publication, l'investigateur peut également demander au promoteur d'enregistrer son essai sur ce registre, après avoir complété le formulaire registre en anglais. Ces documents sont donc accessibles à un large public.

Notes du chapitre 19

1- Art. L. 1121-1 à L. 1123-14, C. santé publ.

2- Décision du 24 novembre 2006 fixant les règles de bonnes pratiques cliniques pour les recherches biomédicales portant sur des médicaments à usage humain (JO du 30 novembre 2006).

3- Ibid.

4- Arrêté du 8 novembre 2006 fixant la durée de conservation par le promoteur et l'investigateur des documents et données relatifs à une recherche biomédicale portant sur un médicament à usage humain.

5- Arrêté du 11 août 2008 fixant la durée de conservation par le promoteur et l'investigateur des documents et données relatifs à une recherche biomédicale autre que celle portant sur les médicaments à usage humain.

6- Devenue Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

7- Décision du 24 novembre 2006 fixant les règles de bonnes pratiques cliniques pour les recherches biomédicales portant sur des médicaments à usage humain, JO 30 novembre 2006

8- La CADA ne s'estime pas compétente pour donner des avis en cette matière (CADA, avis n° 20092130 du 18 juin 2009), Directeur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

9- Le contenu de ces protocoles est fixé par l'article R. 1123-20 du Code de la santé publique.

10- CADA, conseil n° 20114474 du 17 novembre 2011. S'appliqueront notamment les dispositions du II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978, qui excluent la communication à des tiers des informations couvertes par le secret en matière commerciale et industrielle, ainsi que celle de mentions dont la communication serait susceptible de porter atteinte à la protection de la vie privée ou au secret médical.

20. La durée du droit à communication

Le droit à communication du dossier médical n'est pas illimité dans le temps. L'obligation de conserver les données médicales du patient ne s'impose à l'établissement que pendant une durée déterminée, pour des raisons matérielles évidentes.

Au terme de cette période, le dossier peut être détruit.

Durée de conservation

La réglementation applicable aux archives hospitalières prévoit une durée minimale de conservation des informations médicales, qu'il s'agisse de documents « papier », informatisés ou constitués sur un autre support.

L'établissement public de santé, qui dispose de la possibilité, à compter de l'expiration du délai réglementaire de conservation des dossiers, de les détruire[1] n'en est pas moins tenu de les communiquer si leur conservation s'est maintenue au-delà de ce délai : le fait que les dossiers ou informations aient été versés aux archives compte tenu de leur intérêt médical[2] scientifique, statistique ou historique ne modifie en rien leur régime de communication[3].

Depuis le décret du 4 janvier 2006[4], l'article R. 1112-7 du Code de la santé publique précise que le dossier médical est conservé **pendant une durée de 20 ans** à compter de la date du dernier séjour de son titulaire dans l'établissement ou de la dernière consultation externe en son sein[5].

Lorsqu'en application de ces dispositions, la durée de conservation du dossier s'achève avant le 28ème anniversaire de son titulaire, la conservation du dossier est prorogée jusqu'à cette date[6]. Le dossier du mineur est donc conservé **au moins jusqu'à ses 28 ans**, sauf en cas de décès.

Dans tous les cas, si la personne titulaire du dossier décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier doit être conservé **pendant une durée de 10 ans** à compter de la date du décès.

Ces délais sont suspendus par l'introduction de tout recours gracieux ou contentieux tendant à mettre en cause la responsabilité médicale de l'établissement de santé ou de professionnels de santé à raison de leurs interventions au sein de l'établissement.

Les dossiers conservés pour des raisons scientifiques, statistiques ou historiques sont librement communicables à compter d'un certain délai (v. p. 33).

Les cas particuliers

- Des dispositions spécifiques s'appliquent aux documents relatifs aux transfusions sanguines : la mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel devant figurer dans le dossier médical[7] doivent y être conservés pendant une durée de 30 ans[8].

Une instruction ministérielle[9] recommande aux établissements de santé de réserver un classement particulier à ces informations s'ils souhaitent pouvoir éliminer les autres éléments du dossier médical à l'issue du délai de droit commun sans avoir à procéder à de longues opérations de tri.

- D'autres documents relèvent de durées de conservation spécifiques. Ainsi :
  - en assistance médicale à la procréation (AMP) : 40 ans pour le dossier médical du donneur de gamètes (v. p. 85) ;
  - en recherche biomédicale : 10, 15 ou 30 ans (v. p. 145-146).
- Les informations contenues dans les registres de destination des corps[10] sont conservées 50 ans à compter de la date de décès.

Notes du chapitre 20

1- Art. R. 1112-7, C. santé publ. : l'élimination s'effectue selon une procédure précise et notamment l'établissement d'un procès-verbal de destruction, v. Arr. interministériel. du 11 mars 1968. Instruction interministérielle DHOS/E1/DAF/DPACI n° 2007-322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical.

2- L'élimination des dossiers relève en effet d'une décision du directeur, après avis notamment du médecin responsable de l'information médicale (DIM) (art. R. 1112-1, C. santé publ.). Pour des raisons médicales ou autres, l'établissement peut avoir décidé de conserver les documents au-delà des dates règlementaires minimales. On rappellera qu'à l'issue du délai de conservation, la décision d'élimination constitue une faculté et non une obligation pour l'établissement et que les décisions d'élimination sont prises par le directeur après avis du médecin responsable de l'information médicale (DIM). Elle est en outre subordonnée au visa de l'administration des archives, « qui détermine ceux des dossiers dont elle entend assurer la conservation indéfinie pour des raisons d'intérêt scientifique, statistique ou historique » (art. R. 1112-7, C. santé publ.). Il revient donc au médecin responsable de l'information médicale (DIM) de juger de l'opportunité d'une conservation prolongée (Instruction interministérielle du 14 août 2007 préc.).

3- Art. 6 de la loi du 3 janvier 1979 sur les archives ; CADA, ministre de la Défense, avis n° 20022668 du 11 juillet 2002.

4- Décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 relatif relatif à l'hébergement de données à caractère personnel et modifiant le Code de la santé publique.

5- L'Instruction interministérielle DHOS/E1/DAF/DPACI n° 2007-322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical précise que l'obligation de conservation porte sur « l'ensemble des informations relatives à un même patient, quelle que soit la date à laquelle elles ont été constituées ou recueillies par l'établissement de santé, tant que le dernier passage de ce patient ne remonte pas à plus de 20 ans ».

6- Cette prorogation tient compte du fait que les délais de prescription en matière de responsabilité médicale – fixés à 10 ans à compter de la consolidation du dommage par l'art. L. 1142-28, C. santé publ. - ne courent pas en ce qui concerne les personnes mineures. Elle est destinée à garantir aux patients un délai minimum de conservation de 10 ans à compter de leur majorité.

7- En vertu de l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique, v. p. 9

8- Directive européenne n° 2005/61/CE du 30 septembre 2005

9- Instruction interministérielle DHOS/E1/DAF/DPACI n° 2007-322 du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical.

10- Art. R. 1112-76-1, C. santé publ. ; arrêté ministériel du 5 janvier 2007

21. Quand l'hôpital n'est pas en mesure de communiquer le dossier

L'importance du dossier médical pour les patients se mesure tout particulièrement lorsque l'établissement n'est pas en mesure de le communiquer, y procède de façon incomplète ou ne peut remettre que des documents détériorés.

Il peut en être ainsi en raison de mauvaises organisations, de négligences et plus rarement, dans des circonstances accidentelles (incendie, inondation, etc.).

Il en résultera généralement, d'une façon ou d'une autre, des inconvénients pour la prise en charge du patient, et dans certains cas, un véritable préjudice.

Dossier incomplet, perte du dossier et préjudice

La perte de tout ou partie d'éléments du dossier médical, l'absence de pièces dont la présence s'imposait, la mauvaise conservation des documents seront le cas échéant constitutives **d'une faute de l'établissement**, en ce qu'elle révèle une mauvaise organisation ou un dysfonctionnement du service. Elles pourront engager sa responsabilité au plan indemnitaire[1]. Dans certains cas, la responsabilité propre du professionnel pourra également être recherchée.

Cette situation pourra être l'objet d'un préjudice moral, indemnisable à ce titre. De jurisprudence constante, la responsabilité de l'établissement de santé ne peut être cependant recherchée qu'à la condition que la victime rapporte la preuve d'un préjudice certain à la suite de la perte d'un dossier[2].

Il a été jugé, par exemple, que « si l'absence de communication de son dossier n'a pas fait obstacle à ce que M. R. obtienne gain de cause dans la procédure judiciaire qu'il a engagé, il ressort de l'instruction que le requérant a subi un préjudice moral certain du fait de cette non communication, le laissant notamment dans l'incertitude alors qu'il était fragilisé par la maladie pendant le déroulement de la procédure judiciaire (…) ». Ce préjudice a été reconnu indemnisable[3].

- L'AP-HP a déjà été condamnée à la réparation du préjudice subi par un patient du fait de la destruction abusive de son dossier médical, ne lui permettant plus de faire valoir ses droits[4].

- La disparition d'un élément important du dossier du patient a pour effet de mettre à la charge de l'établissement la preuve de l'absence de faute dans le traitement suivi par le patient[5].

- Enfin, le retard volontaire du directeur d'un centre hospitalier dans la communication

de l’intégralité d’un dossier médical, malgré l’annulation par le tribunal de sa décision de refuser de communiquer le dossier, constitue une faute de nature à engager la responsabilité de l’établissement et à ouvrir droit à indemnisation[6].

Impossibilité de la communication

La perte définitive – pour tout ou partie – du dossier médical placera l’établissement dans l’impossibilité matérielle de le communiquer (v. p. 25). La saisine de la CADA par le patient ou un ayant droit sera sans effet sur ce point.

En pratique, il importe que l’établissement, tout en présentant ses excuses, apporte toutes précisions utiles pour expliquer au demandeur les motifs d’une perte *a priori* définitive et le persuader que l’absence de communication, *a priori* fautive, ne résulte pas d’une mauvaise volonté de sa part ou de désinvolture dans la recherche du dossier.

Notes du chapitre 21

1- La circulaire n° 97-149 du 26 février 1997 relative à l'accès des patients aux informations dans le domaine de la transfusion sanguine précise que « s'agissant d'un défaut d'archivage, la responsabilité pourrait être engagée s'il était établi un lien de causalité directe entre, d'une part, l'absence de tout ou partie de ces informations, de même qu'une communication incomplète ou hors du délai légal et, d'autre part, l'existence d'un dommage, d'une perte de chance pour le patient ou d'une privation de ses droits ».

2- CE 5 juin 1981, Madame Damy, n° 17282

3- TA Melun, 1er octobre 2010, req. n° 0703106/1 ; dans le même sens, v. aussi CAA Lyon, 23 mars 2010, n° 07LY01554 ; CAA Paris, 7 février 2011, req. n° 10PA02035 et 22 octobre 2012, req. n° 10PA03678. En l'absence de preuve d'un trouble personnel pouvant expliquer le retard de 14 ans avec lequel la requérante avait demandé à consulter le dossier de sa mère décédée et du fait qu'elle ne pouvait davantage démontrer l'atteinte à sa réputation ou à sa notoriété que lui causait l'impossibilité de consulter ce dossier médical (perdu), le juge considère que n'est pas établi un préjudice moral susceptible de réparation indemnitaire (CAA Bordeaux, req. n° 07BX01758).

4- TA Paris, 10 mars 2009, req. n° 0320200/6-2

5- TA Clermont-Ferrand, 27 février 1990, Chapat c/CHG du Puy, req. n° 87740

6- TA Pau, 9 mai 2007

22. En cas de litige

Le patient, ses ayants droit ou des tiers peuvent donc, dans des conditions strictement définies, avoir communication du dossier médical ou de telles ou telles données médicales détenues par l'hôpital.

Les règles qui viennent d'être exposées ne permettent pas d'éviter des difficultés lorsque les parties en présence ne s'accordent pas sur le droit d'accès du demandeur ou sur les modalités de la communication.

Ces situations doivent être gérées en toute transparence en donnant à la personne qui souhaite accéder aux données toutes les informations nécessaires, notamment sur ses voies de recours.

La saisine préalable du directeur

Les personnes qui demandent la communication d'informations contenues dans un dossier médical et qui rencontrant des difficultés pour y parvenir doivent **en premier lieu** saisir le directeur d'établissement. La communication du dossier médical relève en effet de la responsabilité de ce dernier, qui « veille [...] à ce que toutes dispositions soient prises »[1].

L'hôpital peut bien entendu avoir de bonnes raisons de refuser la communication du dossier ou de tel ou tel document médical.

En cas d'incertitude tant sur le caractère communicable de tel ou tel document ou de l'ensemble du dossier, et d'une manière générale, sur les modalités d'exercice du droit d'accès au dossier médical, il est recommandé aux équipes administratives et médicales de consulter, dans un premier temps, la Direction des affaires juridiques de l'AP-HP.

La saisine de la CADA

Lorsque le dossier ou les informations sont détenues par un établissement public de santé, il est possible au demandeur confronté à un refus de communication de saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA)[2] d'une demande d'avis, par courrier simple, par télécopie ou par voie électronique :

Commission d'accès aux documents administratifs :
35, rue Saint-Dominique - 75700 PARIS 07 SP
Téléphone : 01 42 75 79 99 - Télécopie : 01 42 75 80 70

Adresse mail : cada@cada.fr

▮ En pratique, toute demande de communication formulée auprès de l'établissement de santé doit faire l'objet d'un accusé de réception, portant mention du délai d'un mois de rejet implicite, ainsi que des délais et voies de recours.

▮ Après instruction d'une demande de communication de dossier médical, l'établissement doit en effet rendre une décision dans **un délai d'un mois maximum**[3] à compter de la réception de cette demande. Le silence gardé à l'expiration de ce délai vaudra décision de rejet.

▮ Toute décision explicite de rejet doit être motivée en fait et en droit, et porter mention des délais et voies de recours, y compris l'obligation de saisir préalablement la CADA. La conséquence de l'absence de ces mentions sera l'inopposabilité des délais de recours au demandeur.

▮ Tout demandeur confronté à une décision de refus de communication ou au silence de l'établissement bénéficie :

1. d'abord d'un droit de recours pour avis devant la CADA ;
2. puis d'un droit de recours contentieux devant le tribunal administratif. Tout recours porté directement devant le juge administratif serait rejeté comme étant irrecevable.

▮ Proposition de motivation

« (décision de refus de communication). La présente décision…. peut faire l'objet d'un recours pour avis auprès de la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), ; 35, rue Saint-Dominique, 75700 Paris 07 SP, tél. : 01 42 75 79 99 ; fax. : 01 42 75 80 70 ; cada@cada.fr) dans un délai de deux mois à compter de sa notification. Dans le délai d'un mois suivant la notification de l'avis rendu par la CADA, nous serons conduits à nous prononcer à nouveau sur votre demande. Notre décision pourra faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif (de Paris), dans un délai de deux mois suivant sa notification. Notre silence à l'issue de ce délai d'un mois suivant la notification de l'avis de la CADA vaudra confirmation de la décision de rejet de votre demande. Cette décision implicite pourra de même faire l'objet d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif (de Paris), dans les deux mois depuis l'enregistrement de votre saisine par la CADA ».

La saisine pour avis de la CADA

▮ Dans un délai de deux mois à compter de la réception de la décision de refus explicite, ou à compter de la décision implicite de rejet, la personne ayant demandé à accéder au dossier médical peut saisir la CADA.

L'objet de ce recours est d'obtenir un avis sur le caractère communicable des documents sollicités. La CADA n'est compétente ni pour apprécier si un document contenu dans le dossier médical est susceptible de présenter une utilité dans la poursuite de l'un des objectifs du demandeur, ni pour communiquer les documents demandés.

▮ La CADA doit être saisie sur papier libre, par lettre simple, par télécopie ou par voie électronique. La demande doit comporter, de manière lisible :

- un objet précis, avec la liste détaillée des documents demandés ;
- les nom et prénom du demandeur, ainsi que ses coordonnées postales et, le cas

échéant, électroniques ;
- en pièce jointe, une copie de la demande initiale de documents restée sans suite pendant plus d'un mois, et le cas échéant, celle du refus exprès de l'administration hospitalière ;
- le cas échéant, les dispositions législatives ou réglementaires sur lesquelles elles se fondent.

Modèle de courrier de saisine de la CADA (www.cada.fr)

Civilité / Nom / Prénom
Adresse
Code postal / Ville
Adresse courriel

Monsieur le Président
CADA
35, rue Saint-Dominique
75700 PARIS 07 SP

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de saisir votre Commission d'une demande d'avis sur le refus opposé par l'hôpital ____
____
____
à ma demande de communication du document suivant :
____
____ *(document demandé ou liste des document demandés)*

Vous trouverez, jointe à la présente lettre :

- *la copie de ma demande de communication de document (restée sans réponse pendant plus d'un mois) ;*
- *et (le cas échéant), la lettre qui m'a été opposée par Monsieur le Directeur de l'hôpital de* _________________, *le* ________________

Dans l'attente de l'avis de votre Commission, je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération distinguée.

Date
Signature

La CADA recommande de « rappeler, brièvement, le contexte dans lequel s'inscrivent la demande et la nature des documents demandés. À défaut, la demande pourrait être regardée comme irrecevable, car trop imprécise ».

- La CADA accuse réception de la demande et prend immédiatement contact avec l'hôpital désigné par le demandeur comme étant l'auteur d'un refus de communication. A compter de l'enregistrement de la demande, la CADA dispose d'un délai d'un mois pour notifier son avis aux parties, bien que le non respect de ce délai n'emporte aucune conséquence sur la régularité de la procédure[4].

Le président de la CADA adresse alors une mise en demeure de lui communiquer, dans un délai précisé, tous documents et informations utiles. Le rapporteur peut à tout moment prendre attache avec l'hôpital, et toute enquête sur place peut être organisée par les membres de la CADA. L'instruction prend fin à l'ouverture de la séance de la commission : aucun document reçu postérieurement n'est pas pris en compte dans l'examen du dossier.

Les séances de la CADA ne sont pas publiques. Une fois délibéré en séance, l'avis est notifié à la fois au demandeur et à l'hôpital sous la forme d'un courrier simple comportant le sens de l'avis, ainsi que les éléments de motivation.

L'avis de la CADA ne lie en aucun cas l'hôpital. La CADA ne peut donc le contraindre à revenir sur sa décision de refus.

Dans le délai d'un mois suivant la notification de cet avis, l'hôpital doit prendre une nouvelle décision, soit pour confirmer son refus de communication, soit pour accepter la demande initiale. En toute hypothèse, lorsque cet avis est favorable à la communication, l'hôpital doit, dans le mois qui suit sa notification, informer la CADA de sa décision de s'y conformer ou non. Le silence gardé pendant ce délai d'un mois vaudra confirmation implicite de la décision initiale de refus.

- La CADA considère que le droit d'accès ne régit pas la communication entre autorités administratives et donc entre établissements de santé. Elle se déclarera incompétente pour se prononcer lorsqu'elle est saisie par un établissement public de santé qui s'est vu refuser la communication d'un dossier par un autre établissement.

La saisine du Défenseur des droits

Les démarches effectuées auprès de la CADA constituent la voie de recours préalable de référence s'agissant des documents « administratifs » que sont les dossiers médicaux.
Elles ne sont toutefois pas exclusives d'une éventuelle saisine du Défenseur des droits. Après avoir effectué des démarches préalables auprès de l'hôpital, toute personne s'estimant lésée dans ses droits par le fonctionnement de l'administration a la possibilité de saisir le Défenseur des droits, par écrit, d'une réclamation[5].

Cette saisine peut être effectuée par voie électronique en remplissant un formulaire en ligne, en prenant rendez-vous avec les délégués du Défenseur des droits qui assurent des permanences juridiques (préfectures, sous-préfectures, maisons de justice et du droit) ou par courrier à l'adresse suivante :

Le Défenseur des droits - 7 rue Saint-Florentin - 75409 Paris Cedex 08

Il appartient à l'auteur de la saisine de produire tous éléments de nature à justifier des démarches qu'il a préalablement accomplies auprès de l'hôpital. Cette saisine n'a aucun effet sur les délais relatifs à l'exercice de recours administratifs ou contentieux : elle n'interrompt, ni ne suspend aucun délai.

Le Défenseur des droits apprécie si les faits qui lui sont soumis appellent une intervention de sa part et motive tout refus de donner suite à une saisine. Il peut demander des explications à l'établissement et entendre toute personne dont le concours lui paraît utile.

Il peut faire toute recommandation destinée à garantir le respect des droits de la personne qui s'estime lésée. Par la suite, l'hôpital devra informer le Défenseur des droits des suites données à ses recommandations, dans un délai qu'il aura fixé. A défaut d'information dans ce délai ou s'il estime qu'une recommandation n'a pas été suivie d'effet, il pourra enjoindre l'hôpital de prendre, dans un délai déterminé, les mesures nécessaires. S'il n'est pas donné suite à ces injonctions, le Défenseur des droits pourra saisir le juge des référés d'une demande motivée aux fins d'ordonner toute mesure que ce dernier juge utile ; il établira un rapport spécial, qui sera communiqué à l'établissement et qui pourra être rendu public[6].

La saisine du juge administratif

Dans l'hypothèse d'un refus persistant de communication[7], la personne s'étant vue opposer la décision de refus peut saisir le juge administratif[8] d'un recours en excès de pouvoir :

- soit dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision de refus de l'hôpital intervenue après l'avis de la CADA ;
- soit, à l'expiration d'un délai de deux mois suivant la saisine de la CADA[9], si l'hôpital est resté silencieux durant toute cette procédure.

Il est important de mentionner systématiquement les voies et délais de recours à l'intéressé. Dans le cas contraire, le juge pourra être saisi sans condition de délai : le recours pourra toujours être recevable, quel que soit le moment où il a été formé.

Notes du chapitre 22

1- Art. 115 du règlement intérieur type de l'AP-HP

2- La CADA a pour mission de « veiller au respect de la liberté d'accès aux documents administratifs ». Elle n'est pas compétente pour se prononcer sur les modalités de conservation des documents, sur la légalité d'une décision de rejet, ou pour interpréter la loi du 17 juillet 1978.

3- Art. 17 du décret n°2005-1755 du 30 décembre 2005 relatif à la liberté d'accès aux documents administratifs et à la réutilisation des informations publiques, pris pour l'application de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978. Si l'établissement est tenu de communiquer le dossier médical au plus tard dans les huit jours suivant la demande (art. L. 1111-7, C. santé publ.), la saisine de la CADA ne peut être effectuée que lorsqu'une décision de refus est intervenue. Si l'hôpital rend une décision explicite de refus, le demandeur pourra saisir la CADA dans un délai de deux mois suivant la notification de cette décision. Si l'hôpital ne répond pas, une décision implicite de refus naîtra à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la demande (art. 17 du décret n° 2005-1755 du 30 décembre 2005) : le demandeur pourra saisir la CADA dans un délai de deux mois suivant la naissance de cette décision implicite.

4- CE, 9 mars 1983, Association SOS Défense

5- Article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ; loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.

6- Art. 25 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.

7- Lorsque le refus de communication n'est pas explicite, notamment en cas de communication incomplète, la règle de la demande préalable devant la CADA peut présenter des difficultés d'application. La CADA précise (www.cada.fr) que le recours, présenté devant un tribunal administratif, après un premier avis de la CADA suivi d'une communication de certaines pièces, contre le refus de communication de « pièces manquantes » est, en principe, irrecevable à défaut de nouvelle saisine de la CADA portant sur ces dernières pièces (CE, 20 février 1985, Audebert, n° 551194 ; CE, 6 mai 1985, Pezerat, n° 36620). Toutefois, quand la communication incomplète porte sur des documents précis et déjà identifiés lors de la première saisine de la CADA, une nouvelle saisine de la CADA n'est pas requise (CE, 28 janvier 1998, Commune de Gravelotte c/ Bauchat, n° 144921).

8- Le litige devra être porté devant le tribunal administratif dans le ressort duquel a son siège l'établissement qui a pris la décision de refus

9- « Ce point de départ du délai permet d'éviter toute manœuvre dilatoire de l'administration » (www.cada.fr).

Index



B





E

F

G

H





L

M

Communiquer le dossier **médical**

Le droit du patient à être informé sur son état de santé, consacré par la loi du 4 mars 2002, se prolonge dans celui de pouvoir accéder facilement, en toute transparence, à son dossier médical.

La communication du dossier médical dans de bonnes conditions est une revendication, constante et légitime, des patients et de leurs associations. Ce droit, désormais acquis, doit constituer une pratique courante, intégrée de façon ordinaire dans les pratiques hospitalières.

Disposer des informations médicales est en effet un élément essentiel d'une bonne prise en charge médicale et soignante. Et une condition pour que le patient puisse être véritablement un acteur de ses soins. L'équipe hospitalière, en partageant à bon escient les informations sur le patient, peut lui proposer et mettre en œuvre les soins de façon cohérente et véritablement professionnelle.

Ce sujet est parfois plus complexe qu'il n'y paraît. A la volonté de transparence répond en effet une autre exigence, indispensable à une bonne médecine, celle de respecter en toutes circonstances la confidentialité des informations confiées par les patients. Il revient aux équipes hospitalières de concilier ces deux impératifs.

L'objet de ce guide est de contribuer à la bonne communication des informations médicales dans nos hôpitaux. En précisant les règles et les recommandations qui s'y appliquent.

EAN : 9782912248862